

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE DOS  
IDOSOS – A PERSPECTIVA DO PRÓPRIO E A SUA  
RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA DO SEU  
CUIDADOR INFORMAL**

**Patrícia Tomás Nogueira da Silva Correia**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença**

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE DOS  
IDOSOS – A PERSPECTIVA DO PRÓPRIO E A SUA  
RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA DO SEU  
CUIDADOR INFORMAL**

**Patrícia Tomás Nogueira da Silva Correia**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença**

**2014**

## **Agradecimentos**

Ao meu pai por todo o amor, carinho, força e apoio que me deu durante toda a minha vida, por toda a garra para nunca desistisse e continuasse sempre a lutar pelos meus objectivos e pela compreensão das minhas faltas em casa e da minha falta de notícias: Obrigada Pai!

À minha mãe, que apesar de já não estar presente, certamente me observa lá de cima, orienta os meus passos, guia o meu caminho e tenta consolar a saudade: Obrigada Mãe!

À minha madrastra por todo o mimo e apoio que desde que me conheceu sempre me ofereceu a mãos largas ao longo do meu percurso académico: Obrigada Ana!

À minha avó pelo amor incondicional e toda a ajuda que me tem dado ao longo de todos os anos da minha vida: Obrigada Avó!

Ao meu namorado por todo o amor absoluto e enorme paciência para me aturar todos os dias e por toda a sua ajuda quando mais precisei: Obrigada Amor!

À Rita por toda a amizade ilimitada, por todas as noites, por todos os conselhos, por toda a ajuda ao longo deste percurso, não há palavras: Obrigada Rita!

À Raquel por ter sido uma óptima companheira, lutando sempre a meu lado, pronta para ajudar sempre que fosse preciso: Obrigada Raquel!

Ao Professor Fernando Fradique por todas as sábias críticas, cascudos na cabeça e orientações, por toda a disponibilidade para atender aos meus problemas: Obrigada Professor!

À Dra. Guida Vargas, ao Dr. António Ilhicas e ao Dr. Cláudio Ferreira pelo enorme apoio e ajuda fornecida para que esta dissertação fosse possível, pelas conversas e pela paciência constante para me aturarem sempre a pedir coisas: Muitíssimo obrigada aos três!

## Índices

<i>Índice Geral</i> .....	IV
<i>Índice de Tabelas</i> .....	VI
<i>Índice de Anexos</i> .....	VIII
<i>Resumo</i> .....	XIII
<i>Abstract</i> .....	XIV
<i>Introdução</i> .....	XV
<i>Bibliografia</i> .....	75
<i>Anexos</i> .....	83

## Índice Geral

<b>1. Enquadramento Teórico</b> .....	1
1.1. Envelhecimento.....	1
1.2. Qualidade de Vida.....	4
1.2.1. Qualidade de Vida no Envelhecimento.....	6
1.2.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde no Envelhecimento.....	10
1.3. O Cuidador Informal .....	12
1.3.1. Perspectiva do Cuidador Informal acerca do Idoso.....	14
1.4. O Presente Estudo .....	18
<b>2. Metodologia</b> .....	21
2.1. Participantes .....	22
2.1.1. Caracterização da Amostra de Idosos .....	22
2.1.2. Caracterização da Amostra de Cuidadores Informais.....	23

2.2. Instrumentos de Avaliação .....	24
2.2.1. Avaliação Breve do Estado Mental ( <i>Mini Mental State Examination</i> – MMSE).....	24
2.2.2. Índice de Barthel ( <i>Barthel Index</i> – IB).....	25
2.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve ( <i>World Health Organization Quality of Life – Bref</i> – WHOQOL-Bref).....	26
2.2.4. Questionário do Estado de Saúde ( <i>Medical Outcomes Study Short Form</i> – SF-36, v.2) .....	28
2.3. Procedimento.....	29
<b>3. Análise dos Resultados .....</b>	<b>31</b>
<b>4. Discussão dos Resultados .....</b>	<b>53</b>
<b>5. Conclusões Finais.....</b>	<b>70</b>
5.1. Principais Conclusões e Implicações dos Resultados .....	70
5.2. Limitações da Investigação .....	73
5.3. Considerações Éticas.....	73
5.4. Sugestões para Futuras Investigações .....	73

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Características Sociodemográficas da Amostra de Idosos (n=19).....	23
<b>Tabela 2</b> - Características Sociodemográficas da Amostra dos Cuidadores Informais dos Idosos (n=19).....	23
<b>Tabela 3</b> - Caracterização dos Resultados do Nível Cognitivo dos Idosos (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=30 .....	32
<b>Tabela 4</b> - Caracterização dos Resultados do Nível de Autonomia/Independência dos Idosos (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=100.....	33
<b>Tabela 5</b> - Caracterização dos Resultados das Percepções Subjectivas dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=100.....	34
<b>Tabela 6</b> - Caracterização dos Resultados das Percepções Subjectivas dos Idosos acerca do seu Estado de Saúde (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=100 (à excepção do item da Transição de Saúde em que mínimo possível=1 e máximo possível=5) .....	35
<b>Tabela 7</b> - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência e os Domínios da Qualidade de Vida dos idosos (n=19) ....	37
<b>Tabela 8</b> - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência e as Escalas do Estado de Saúde, dos idosos (n=19).....	38
<b>Tabela 9</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r_p$ ) e Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) entre os Domínios da Qualidade de Vida e as Escalas do Estado de Saúde, dos idosos (n=19) .....	39
<b>Tabela 10</b> - Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r_p$ ) entre os Domínios da Qualidade de Vida e as Escalas do Estado de Saúde, dos Cuidadores Informais acerca dos Idosos (n=19) .....	43

<b><i>Tabela 11</i></b> - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos do Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida com a percepção subjectiva dos Cuidadores Informais do Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida dos Idosos, através do teste de Wilcoxon (n=19) .....	46
<b><i>Tabela 12</i></b> - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos dos Domínios Geral, Físico, Psicológico e Ambiente na sua Qualidade de Vida com a percepção subjectiva que os Cuidadores Informais têm acerca dos mesmos Domínios na Qualidade de Vida dos Idosos, através do teste T-Student (n=19) .....	47
<b><i>Tabela 13</i></b> - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos do seu Estado de Saúde com a percepção subjectiva dos Cuidadores Informais do Estado de Saúde dos Idosos, através do teste de T-Student (n=19) .....	48
<b><i>Tabela 14</i></b> - Diferenças entre os $R_{ID}-R_{CI}$ quando os cuidadores são Mais Novos e os $R_{ID}-R_{CI}$ quando os cuidadores são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), relativamente aos Domínios da Qualidade de Vida e às Escalas Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de T-Student (n=19).....	51

## **Índice de Anexos**

**Anexo A** - Pedido de Autorização de Recolha de dados

**Anexo B** - Protocolo de Consentimento Informado dos Idosos

**Anexo C** - Protocolo de Consentimento Informado dos Cuidadores Informais

**Anexo D** - Questionário Sociodemográfico dos Idosos

**Anexo E** - Questionário Sociodemográfico dos Cuidadores Informais

**Anexo F** - Instrumentos Utilizados no Estudo

**Anexo G** - Tabelas Complementares à Análise dos Resultados

***Tabela 1** - Associação entre a idade, o nível de escolaridade e o nível cognitivo dos idosos (n=19)*

***Tabela 2** – Associação entre a idade dos idosos, as suas pontuações no IB e o seu nível de Autonomia/Independência (n=19)*

***Tabela 3** – Estatísticas Descritivas dos vários instrumentos aplicados aos Idosos (n=19)*

***Tabela 4** – Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Idosos (n=19)*

***Tabela 5** - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível Cognitivo e os Domínios da Qualidade de Vida dos Idosos (n=19)*

***Tabela 6** - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível Cognitivo e as Escalas do Estado de Saúde, dos idosos (n=19)*

***Tabela 7** - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível Cognitivo e o Nível de Autonomia/Independência, dos idosos (n=19)*

***Tabela 8** – Estatísticas Descritivas dos vários instrumentos aplicados aos Idosos Mais Novos e aos Idosos Mais Velhos (i.e., em Função da Idade) (n=19)*



***Tabela 9*** – Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Idosos Mais Novos e aos Idosos Mais Velhos (i.e., em Função da Idade) (n=19)

***Tabela 10*** – Teste de Levene, para avaliar o pressuposto de homogeneidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Idosos Mais Novos e aos Idosos Mais Velhos (i.e., em Função da Idade) (n=19)

***Tabela 11*** - Diferenças no Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência e na Escala de Funcionamento Social do Estado de Saúde, em função da Idade. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (n=19)

***Tabela 12*** - Diferenças nas Escalas Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde e nos Domínios da Qualidade de Vida, em função da Idade. Comparação entre médias de duas amostras independentes, através do Teste T-Student (n=19)

***Tabela 13*** – Estatísticas Descritivas dos vários instrumentos aplicados aos Idosos que Vivem Sozinhos e aos Idosos que Vivem Acompanhados (i.e., em Função do Agregado Habitacional) (n=19)

***Tabela 14*** – Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Idosos que Vivem Sozinhos e aos Idosos que Vivem Acompanhados (i.e., em Função do Agregado Habitacional) (n=19)

***Tabela 15*** – Teste de Levene, para avaliar o pressuposto da homogeneidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Idosos que Vivem Sozinhos

*e aos Idosos que Vivem Acompanhados (i.e., em Função do Agregado Habitacional)*  
(n=19)

***Tabela 16*** - *Diferenças no Nível de Autonomia/Independência, em função do Agregado Habitacional. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (n=19)*

***Tabela 17*** - *Diferenças no Nível Cognitivo, nas Escalas do Estado de Saúde e nos Domínios da Qualidade de Vida, em função do Agregado Habitacional. Comparação de médias entre duas amostras independentes, através do Teste T-Student (n=19)*

***Tabela 18*** – *Estatísticas Descritivas dos vários instrumentos aplicados aos Cuidadores Informais (n=19)*

***Tabela 19*** – *Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, para os vários instrumentos aplicados aos Cuidadores Informais (n=19)*

***Tabela 20*** – *Estatísticas Descritivas das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são Mais Novos e RID–RCI quando os cuidadores informais são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

***Tabela 21*** – *Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são Mais Novos e RID–RCI quando os cuidadores informais são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

***Tabela 22*** – *Teste de Levene, para avaliar o pressuposto da homogeneidade das distribuições, das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são*

*Mais Novos e RID–RCI quando os cuidadores informais são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

**Tabela 23** - *Diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores são Mais Novos e RID–RCI quando os cuidadores são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), relativamente à Escala do Funcionamento Físico do Estado de Saúde. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (n=19)*

**Tabela 24** – *Estatísticas Descritivas das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são do Género Masculino e RID–RCI quando os cuidadores informais são do Género Feminino (i.e., em Função do Género), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

**Tabela 25** – *Teste de Shapiro-Wilk, para avaliar o pressuposto da normalidade das distribuições, das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são do Género Masculino e RID–RCI quando os cuidadores informais são Género Feminino (i.e., em Função do Género), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

**Tabela 26** – *Teste de Levene, para avaliar o pressuposto da homogeneidade das distribuições, das diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores informais são do Género Masculino e RID–RCI quando os cuidadores informais são do Género Feminino (i.e., em Função do Género), nos diferentes instrumentos aplicados (n=19)*

**Tabela 27** - *Diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores são do Género Masculino e RID–RCI quando os cuidadores são do Género Feminino (i.e., em Função do Género), relativamente à Escala de Saúde Geral do Estado de Saúde. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (n=19)*

***Tabela 28*** - *Diferenças entre RID–RCI quando os cuidadores são do Género Masculino e RID–RCI quando os cuidadores são do Género Feminino (i.e., em Função do Género), relativamente aos Domínios da Qualidade de Vida e às Escalas do Estado de Saúde (à excepção da Escala de Saúde Geral). Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (n=19)*

## Resumo

O presente estudo teve como objectivo explorar a qualidade de vida e o estado de saúde dos idosos e a relação existente entre a perspectiva dos idosos e a perspectiva dos seus cuidadores informais acerca dos mesmos. Trata-se de um estudo inferencial e correlacional com comparação entre grupos. Para isso, foi utilizado um *Questionário Sociodemográfico* e aplicados os instrumentos *MMSE*, *IB*, *WHOQOL-Bref* e *SF-36*.

Ao nível da qualidade de vida os idosos apresentam uma melhor percepção nas *relações sociais* e uma pior percepção no *domínio geral*. No estado de saúde os idosos apresentam uma melhor percepção no *funcionamento social* e uma pior percepção no *funcionamento físico*.

Na comparação das perspectivas dos idosos com os cuidadores informais sobre os mesmos, verifica-se que os cuidadores informais depreciam a qualidade de vida dos idosos em todos *domínios*, exceptuando o *domínio geral*, em que não se verifica incongruência entre as perspectivas, e que também depreciam a *saúde geral*, *vitalidade*, *funcionamento social* e *desempenho emocional* do estado de saúde dos idosos só não se verificando incongruência entre perspectivas no *funcionamento físico*, *desempenho físico*, *dor corporal* e *saúde mental*.

Na comparação das dissemelhanças entre as diferenças de perspectivas, a idade do cuidador informal revelou que os cuidadores informais mais novos depreciam significativamente as *relações sociais* da qualidade de vida dos idosos e que os cuidadores informais mais velhos depreciam significativamente a *vitalidade* do estado de saúde dos idosos.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida, Estado de Saúde, Idosos, Cuidadores Informais

## Abstract

The current study aimed to explore the quality of life and health status of the elderly and the relationship between the elderly's perspective and the perspective of their informal caregivers about them. It was an inferential and correlational study with comparison groups. For this, we used a *Socio-Demographic* questionnaire and applied *MMSE*, *IB*, *WHOQOL-Bref* and *SF-36* instruments.

In terms of quality of life the elderly present a better perception on *social relationships* and a poorer perception in the *general domain*. In the health status the elderly present a better perception of *social functioning* and poorer perception in *physical functioning*.

Comparing the elderly perspectives with the informal caregivers perspectives about the firsts, it appears that informal caregivers depreciate the quality of life of elderly in all *domains*, except in the *general domain* where there is no inconsistency between the two perspectives; and that they also depreciate *general health*, *vitality*, *social functioning* and *emotional performance* of the elderly health status, only not verifying disagreement of perspectives in *physical functioning*, *physical performance*, *body pain* and *mental health*.

In the comparison of the dissimilarities between the differences of perspectives, the age of the informal caregivers reveals that younger informal caregivers depreciate significantly the *social relationships* of the elderly quality of life and that older informal caregivers depreciate significantly the *vitality* of the elderly health status.

**Keywords:** Quality of life, Health Status, Elderly, Informal Caregivers

## **Introdução**

O tema proposto para este estudo insere-se no âmbito de uma investigação sobre a Qualidade de Vida dos Idosos e a sua relação com os seus Cuidadores Informais. Mais especificamente, o foco do trabalho incide na análise do estado de saúde e qualidade de vida dos idosos e na relação existente entre a perspectiva dos idosos e a perspectiva dos seus cuidadores informais acerca dos mesmos.

A pertinência do estudo deste tema deve-se, em primeiro lugar, ao incontestável quadro actual de envelhecimento da população. Apesar do aumento da esperança média de vida ser considerado uma das maiores conquistas da humanidade é necessário que este se faça acompanhar de uma maior preocupação a nível social e político com o grupo populacional dos idosos, surgindo aqui o desafio de que o indivíduo possa não só viver mais como também melhor.

Tendo em conta que se tem verificado que o processo de envelhecimento é pautado por um conjunto de mudanças biopsicossociais que levam o indivíduo a ser mais propenso ao desenvolvimento de doenças crónicas, degenerativas e/ou incapacitantes é compreensível que a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida do idoso possa também ela sofrer com isto. Assim, surge a necessidade das famílias e dos amigos se disponibilizarem para prestar cuidados ao idoso, cuidados estes que devem ter em conta as suas necessidades e dificuldades efectivas. Mas será que estes cuidadores são realmente capazes de compreender quais as necessidades e dificuldades dos seus idosos? Será que apresentam uma percepção subjectiva do estado de saúde e da qualidade de vida dos idosos congruente com as dos mesmos?

Neste sentido, a pertinência do estudo fica a dever-se, em segundo lugar, à necessidade de investigar se as perspectivas que as famílias e os amigos dos idosos têm acerca do estado de saúde e da qualidade de vida dos mesmos são congruentes com as

que os idosos apresentam. Este ponto ganha extrema importância pois só através de uma melhor compreensão por parte destes cuidadores acerca dos seus idosos é que estes serão capazes de providenciar os cuidados necessários aos mesmos, de modo a preservarem o seu estado de saúde e manterem ou melhorarem a sua percepção de qualidade de vida.

Em conclusão, o presente trabalho pretende, então, contribuir para um melhor entendimento do processo de envelhecimento e da relação existente entre a perspectiva dos idosos e a perspectiva dos seus cuidadores informais acerca dos mesmos, de modo a que os idosos possam vir a ser cuidados de uma forma ajustada às suas necessidades e particularidades, num momento da sua vida em que eles próprios já não se irão encontrar em condições de se cuidarem a si mesmos.

Assim, a presente dissertação encontra-se organizada em cinco pontos principais: 1) Enquadramento Teórico: onde se apresenta uma breve revisão da literatura das variáveis a serem estudadas, assim como a apresentação dos objectivos propostos para o estudo; 2) Metodologia: onde são caracterizadas e contextualizadas as amostras em estudo e onde se realizará a apresentação dos instrumentos utilizados no estudo e dos procedimentos; 3) Análise de Resultados: onde se analisa os resultados obtidos de acordo com o que é pretendido no estudo; 4) Discussão de Resultados: onde se discute os resultados obtidos, relacionando também com a revisão de literatura apresentada na fundamentação teórica; e, 5) Conclusões Finais: onde constam as conclusões do presente estudo, as suas limitações e considerações éticas e algumas propostas para futuras investigações.



## **1. Enquadramento Teórico**

No enquadramento teórico do estudo pretende-se caracterizar o envelhecimento dos indivíduos e explorar na população geral e na população idosa o conceito da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Por fim, caracteriza-se ainda o papel do cuidador informal na prestação de cuidados à população idosa e analisa-se a sua percepção da qualidade de vida e estado de saúde do idoso assim como a congruência entre as perspectivas subjectivas destes dois grupos acerca da temática.

### **1.1. Envelhecimento**

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), face ao total de população residente estimada (10.487.289 pessoas), entre 2011 e 2012, a proporção de jovens em Portugal passou de 14,9% para 14,8%; a proporção de pessoas em idade activa passou de 66,0% para 65,8% e, em contrapartida, a proporção de pessoas idosas aumentou de 19,0% para 19,4%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 128 pessoas idosas por cada 100 jovens (em 2011) para 131 pessoas idosas por cada 100 jovens (em 2012).

Neste sentido, tem-se verificado, então, um aumento da esperança média de vida associado a baixas taxas de natalidade que tem levado a um envelhecimento da população em inúmeros países, inclusive em Portugal (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS], 2004). Por uma questão estrutural, funcional e regulamentar tem-se considerado a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que conceptualiza o idoso pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, sendo um indivíduo considerado como idoso nos países desenvolvidos se tiver idade igual ou superior a 65 anos e nos países em desenvolvimento se tiver idade igual ou superior a 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2002/2005). Contudo, “(...) qualquer

que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso das mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade” (WHO, 2002/2005, p. 6).

Segundo a DGS (2004), o envelhecimento do ser humano pode ser definido como o decorrer de sucessivas mudanças biológicas, psicológicas e sociais que se iniciam mesmo antes do nascimento e que se desenvolvem ao longo da vida, fazendo assim parte do ciclo natural de vida. Neste sentido, de acordo com Paiva (1986), é importante referir que o envelhecimento do ser humano ocorre a 3 níveis distintos: biológico, psicológico e social. O envelhecimento biológico, ou senescência diz respeito a um conjunto de mudanças fisiológicas, anatômicas, bioquímicas e hormonais que levam ao gradual e normal declínio das capacidades do indivíduo. O envelhecimento psicológico que se reporta aos reajustamentos e readaptações das competências e atitudes comportamentais dos indivíduos, em relação a si e aos outros, consequentes das constantes mudanças biológicas e sociais. O envelhecimento social está relacionado com a alteração de regras, eventos, papéis, estatutos e hábitos sociais devido à influência da história e cultura da nação envolvente.

Tendo em conta que o processo de envelhecimento humano é influenciado por inúmeras mudanças a nível biopsicossocial (i.e., biológico, psicológico e social) que dependem de vários aspectos que ultrapassam os limiares da cronologia em si, fica claro que o processo de envelhecer é diferente de indivíduo para indivíduo, tendendo a diversidade entre os indivíduos a aumentar com a idade dos mesmos. Posto isto, a velhice deve ser vista como processo social e vital que é altamente complexo e heterogéneo por ser influenciado pelo curso e experiências de vida e pelas

oportunidades sociais, culturais e histórias que foram sendo acumuladas durante a vida do indivíduo (Silva, Lima & Galhardoni, 2010).

No processo de envelhecimento verificam-se mudanças que são tanto visíveis a um nível mais externo (p.e., a perda de dentição, o aparecimento de cabelos brancos e rugas e a deterioração da capacidade auditiva e visual) como a um nível mais interno (p.e., a menor eficácia do sistema imunitário, a lentificação do raciocínio e a diminuição da capacidade de memória), sendo estas últimas tão ou mais importantes que as anteriores, por virem a afectar a forma de estar na vida do indivíduo. Assim, e de acordo com Silva (2005), os idosos passam por inúmeros desafios, entre eles: o facto de que devido à deterioração de ordem física terem de ficar mais ou menos dependentes a nível de cuidados; o facto de terem de aceitar a perda por morte de companheiros que fizeram parte da sua história de vida (pois sobreviver mais anos significa quase necessariamente mais perdas de pessoas significativas); e, o facto de terem de reelaborar uma nova identidade perante a cessação da actividade laboral e consequente aposentadoria relativamente a uma carreira profissional.

Loureiro e colaboradores (2012) referem que a entrada na reforma é uma das mudanças mais marcantes do envelhecimento, exigindo uma inevitável adaptação à mudança que é muitas vezes sentida como uma fonte de vulnerabilidade para o indivíduo por se tratar de um processo de transição que envolve perdas e ganhos sentidos como algo ambivalentes e, concludentemente, produtores de stress. Como o tempo livre passa a ser muito e, por vezes, os idosos não sabem como o aproveitar para reorganizarem a sua vida, acabam por ver esta nova etapa como percursora de um empobrecimento das suas redes sociais e actividades diárias, uma quebra do poder económico, e por vezes de um sentimento de improficuidade e de incapacidade (Alvarenga, Kiyan, Bitencourt & Wanderley, 2009).

Desta forma, fica claro que estas mudanças exigem do idoso um conjunto de colossais adaptações a todos os níveis que podem ser geradoras de conflito interno vindo a afectar a sua percepção de qualidade de vida.

## 1.2. Qualidade de Vida

De acordo com a OMS (1994) o conceito de Qualidade de Vida (QdV) foi definido como sendo “a percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente” (DGS, 2004, p. 6).

Fleck e colaboradores (1999) sugerem 3 aspectos fundamentais no conceito de QdV: a sua multidimensionalidade, a sua subjectividade e a sua bipolaridade. Este é um conceito multidimensional pois é altamente abrangente, envolvendo dimensões macro-sociais e micro-individuais, das mais variadas áreas de vida dos indivíduos; subjectivo pois depende sempre da percepção do sujeito em relação ao que é importante e necessário para si, mesmo que envolva aspectos objectivos; e, bipolar pois sofre influência tanto de dimensões positivas (p.e., saúde e competência) como negativas (p.e., dor e fadiga). Neste sentido, a QdV pode ser leigamente definida como o sentimento subjectivo individual de que, mais do que se estar a sobreviver, se está a usufruir do prazer de viver.

Em 2006, Canavarro e colaboradores traduziram, adaptaram e validaram para a população portuguesa um instrumento de avaliação da QdV criado pela OMS: O WHOQOL-100. Este instrumento derivou de uma proposta da OMS para que, com base nos seus pressupostos teóricos, fossem definidas, para a população geral, as dimensões e

sub-dimensões mais importantes e influentes na concepção e percepção da QdV por parte dos indivíduos. Neste sentido, foram definidas como dimensões gerais da QdV a Saúde Física, a Saúde Psicológica, o Nível de Independência, as Relações Sociais, o Ambiente e a Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais. Como dimensões específicas da QdV foram definidas para a Saúde Física: a Dor e o desconforto; a Energia e a fadiga; e, o Sono e o repouso. Para a Saúde Psicológica foram definidas como dimensões específicas: os Sentimentos positivos; o Pensamento, a aprendizagem, a memória e a concentração; a Auto-estima; a Imagem corporal e a aparência; e, os Sentimentos negativos. Para o Nível de Independência foram definidas como dimensões específicas: a Mobilidade; as Actividades da vida diária; a Dependência de medicação ou tratamentos; e a Capacidade de trabalho. Para as Relações Sociais foram definidas como dimensões específicas: as Relações pessoais; o Apoio social; e a Actividade sexual. Para o Ambiente foram definidas como dimensões específicas: a Segurança física; o Ambiente no lar; os Recursos Económicos; os Cuidados de saúde e sociais – disponibilidade e qualidade; as Oportunidades para adquirir novas informações e competências; a Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer; o Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima); e, o Transporte. Assim, a OMS considera que estas são as dimensões e sub-dimensões mais importantes e influentes na concepção e percepção da QdV por parte dos indivíduos, assim como, explicativas de possíveis variações na avaliação da mesma.

Neste sentido, é importante referir que, para além das dimensões e sub-dimensões da QdV que foram propostas pela OMS ao construir o WHOQOL-100, a nível de revisão de literatura, é difícil encontrar outros factores que pareçam influenciar a percepção de QdV do indivíduo, devido a esta proposta ser muito completa e baseada nos princípios básicos da QdV ser um conceito subjectivo, multidimensional e bipolar.

O prolongamento da esperança média de vida pode ser considerado um dos maiores triunfos da ciência, mas também como um grande desafio pessoal, pois, de acordo com Laranjeira (2007), a ciência forneceu-nos as ferramentas para sobrevivermos, mas não nos ensinou como viver esse tempo extra que nos foi dado. Perante o contínuo aumento nos últimos anos da proporção de idosos na população é importante não só preservar a sua sobrevivência por mais e longos anos mas também aumentar a sua QdV, para que estes não sintam nunca que têm de perdurar e queiram antes usar o direito de gozarem a vida até ao fim.

#### 1.2.1. Qualidade de Vida no Envelhecimento

Como já foi referido anteriormente, o aumento da esperança média de vida pode ser considerado uma das maiores conquistas da humanidade, contudo, surge aqui o desafio de que o indivíduo possa não só viver mais como melhor também, isto, visto as mudanças de desenvolvimento na velhice afectarem, de facto, a QdV destes indivíduos. Neste sentido, nos últimos anos, devido ao aumento da proporção de idosos tem havido uma maior preocupação a nível social e político com a QdV deste grupo populacional.

De acordo com Fernandes (2006, cit. por Ferreira, 2009), a QdV na gerontologia está correlacionada com a maneira como o idoso experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice.

A qualidade de vida associada ao envelhecimento é descrita pela WHO (2002/2005) como um conceito amplo e subjectivo que abarca de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as suas relações sociais, as suas crenças e convicções pessoais e a sua relação com as características relevantes no ambiente.

Walker e Lowenstein (2009) referem alguns pontos que são importantes de serem focados para que seja possível compreender a QdV no envelhecimento. Em

primeiro lugar, deve ter-se em conta o carácter dinâmico, multidimensional e complexo, resultante de inúmeras influências, que tem a concepção de QdV (como já foi anteriormente falado). Em segundo lugar, deve ter-se em conta que não só a velhice, como a QdV dos idosos é marcada pelo curso e experiências de vida, pelos recursos psicológicos e pelas oportunidades sociais-culturais imediatas. Em terceiro lugar, deve ter-se em conta que os preditores da QdV na velhice diferem entre grupos de idosos (p.e., a importância da família, consoante a cultura em que o idoso foi criado). Contudo, ainda a este nível, é comum que a QdV na velhice seja avaliada muitas vezes pelos idosos como ter uma boa saúde e capacidade funcional, sentimentos de adequação, capacitação e utilidade, participação social, relações familiares e sociais saudáveis e disponíveis, e um bom nível socio-económico. Em quarto e último lugar, deve ter-se em conta que a variabilidade das avaliações da QdV no envelhecimento devem-se mais às percepções que o idoso tem acerca da sua saúde física e do seu estado psicológico do que a objectivos económicos ou factores sociodemográficos.

Segundo Bowling e colaboradores (2002), os aspectos mais valorizados que influenciam a QdV dos idosos são ter uma boa saúde e funcionalidade, ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência, ter boas relações familiares e sociais, desempenhar papéis e actividades sociais e viver numa boa casa.

Como factores que possam alterar a percepção que o idoso tem da sua QdV podemos apenas acrescentar a entrada na reforma (pelas consequências que por vezes dela advêm), a institucionalização do idoso (por um conjunto de perdas pessoais – rotinas, habitação, privacidade, etc.), o isolamento social, as situações de doença (física, mental ou psicológica) e a inactividade do idoso (i.e., a falta de actividade física e de actividades de lazer).

Para Neri (2004) o avançar da idade, nos mais velhos, traz consigo, entre outras coisas, um aumento das perdas físicas e cognitivas dos mesmos, sendo que quanto mais velho for o indivíduo maior a probabilidade de este vir a apresentar níveis cada vez mais elevados de deterioração física e cognitiva, devido ao envelhecimento das estruturas biológicas do ser humano. Neri (2004) destaca a importância da preservação do funcionamento cognitivo e da continuidade dos mecanismos de auto-regulação da personalidade, na determinação da longevidade e de uma boa QdV na velhice.

No estudo de Kwa e colaboradores (1996), os autores referem que embora pouco seja conhecido sobre o papel do funcionamento cognitivo na QdV, tem-se verificado que este é um factor influente na QdV dos indivíduos devido a limitar a actividade social e actividades de lazer, para além de poder afectar seriamente a capacidade que os indivíduos têm para desempenhar as suas actividades de vida diária. De acordo com Beckert e colaboradores (2012), partindo-se do pressuposto de que o bom funcionamento cognitivo é responsável, entre outros aspectos, pela adequação do comportamento e pela resolução dos problemas do dia-a-dia, é lógico que quando este fica prejudicado ocorrem também alterações a nível da percepção que o idoso tem da sua QdV. Fonseca e colaboradores (2005) vão de encontro a estes estudos acrescentando que encontraram que, para além dos idosos mais velhos apresentarem uma percepção de uma pior QdV, os que se avaliaram como tendo uma saúde melhor apresentavam uma melhor QdV.

“A saúde é uma das dimensões da qualidade de vida com mais importância para a população idosa” (Simões, 2010, p. 10; Fernández-Mayoralas, 2007, p. 4) e “Se a saúde física não é, por si só, condição da felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, através de interacções complexas, directas e indirectas com outros factores da qualidade de vida” (Paúl, 2005, p. 37).



De acordo com a WHO (2002/2005), o conceito de saúde é definido como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, devendo ser visto como um recurso para a vida e não como uma mera meta a atingir. Sendo que para a DGS (2004) a saúde é o resultado dos estilos de vida adoptados, da exposição ao meio circundante e dos cuidados de saúde tidos e recebidos.

Paralelamente a estes dados, a DGS (2004) foca também a relação da capacidade funcional (autonomia e independência) na QdV do idoso. Neste sentido, a DGS (2004) e a WHO (2002/2005) definem autonomia como a capacidade do indivíduo para controlar e lidar com situações tomando decisões sobre a vida diária, de acordo com as suas próprias regras e preferências (i.e., a capacidade de decidir e comandar a própria vida); e, definem independência como a capacidade do indivíduo para realizar tarefas relacionadas com a vida diária (i.e., a capacidade do indivíduo executar algo de forma independente, com alguma ou nenhuma ajuda de outros).

É a nível do conceito de independência que se inserem as Actividades da Vida Diária (AVD's) e as Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's). Das AVD's fazem parte actividades como ser capaz de tomar banho, alimentar-se, ir à casa de banho e deslocar-se pela casa. Das AIVD's fazem parte actividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar refeições. São as AIVD's que implicam um maior grau de independência por parte do idoso, pois se este é capaz de realizar estas últimas, à partida também conseguirá realizar as anteriores (AVD's). Contudo, e embora, o grau de independência do indivíduo seja bastante importante para a sua QdV, a autonomia aparece como sendo mais influente e poderosa neste aspecto, pois a autonomia pode ser restaurada por completo mesmo quando o indivíduo continua dependente, e o contrário muito dificilmente será possível numa idade avançada (Ferreira, Maciel, Costa, Silva &

Moreira, 2012). No seu estudo, Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011), verificaram que os idosos com maior nível de independência para realizar as actividades instrumentais de vida diária apresentam uma melhor percepção de QdV. Assim sendo, actividades que estimulem a autonomia do idoso devem ser fomentadas de modo a que este, mesmo quando está dependente, possa sentir que tem o poder de comandar a sua vida e possa ter uma melhor percepção de QdV.

Em suma, verifica-se que a QdV do idoso parece ser influenciada por inúmeros factores que já foram referidos anteriormente, mas que de entre estes factores parece ser o estado de saúde do idoso e a sua capacidade funcional aqueles que mais influem na QdV do mesmo e que por isso mais vezes são referidos na literatura desta temática. Posto isto, torna-se importante analisar a um nível mais pormenorizado a relação existente entre estes dois factores e a QdV do idoso.

#### 1.2.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde no Envelhecimento

“As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem.” (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, p. 75).

Sendo o processo de envelhecer caracterizado por um conjunto de alterações biopsicossociais (p.e., menor eficácia do sistema imunitário), verifica-se que as mudanças, a que este grupo etário está sujeito, levam por vezes a um aumento da incidência de doenças crónicas, degenerativas e/ou incapacitantes, que podem levar consequentemente a alterações da percepção do idoso sobre o seu estado de saúde. Sendo a percepção do estado de saúde do idoso alterada também a percepção da sua QdV o vai ser, pois, como foi verificado anteriormente, a percepção que o idoso tem do seu estado de saúde tem uma grande importância na sua percepção de QdV. Assim, e para uma melhor compreensão deste grupo populacional, torna-se importante atender a

esta questão, i.e., focarmo-nos na QdV aplicada ao contexto de saúde dos idosos. A QdV aplicada a um contexto de saúde é definida como Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS).

Gonçalves (2012) e Fernández-Mayoralas (2007) referem que a QdVRS pode ser entendida como uma dimensão da QdV num sentido mais estreito e específico, englobando apenas os aspectos físicos, mentais, sociais e psicológicos que estão directamente relacionados com o impacto que o estado de saúde tem na vida do indivíduo. Ribeiro (2002) dissecar isto ao referir que a QdVRS diz respeito à QdV que está dependente da doença e que se relaciona com as representações e crenças de doença que a pessoa vai formando ao longo da vida, com os preconceitos e juízos sobre o “eu” doente, com as emoções despoletadas pelo processo de doença, com os sintomas concomitantes e com os tratamentos a que a pessoa vai sendo sujeita.

Fernández-Mayoralas (2007) refere que a QdVRS pode ser analisada tanto a nível individual (que diz respeito às percepções de saúde, física e mental, que são influenciadas pelas condições e riscos de saúde a que os indivíduos estão expostos e pelo seu estado funcional, apoio social e nível socio-económico) como a um nível global (que diz respeito às percepções de saúde da população que são influenciadas pelos recursos, políticas e práticas de saúde da comunidade envolvente), e que de entre as suas dimensões podemos considerar a capacidade funcional, a condição física, o funcionamento social, a vida familiar, o funcionamento ocupacional, o controlo sobre a saúde, a satisfação com tratamentos médicos, o bem-estar emocional, a comunicação, a espiritualidade, a sexualidade, o estigma, a auto-estima e a imagem corporal como subdomínios da mesma.

Fernández-Mayoralas (2007) verificou ainda que mais do que a idade, são as comorbidades, a depressão e dependência nas AVD's em geral, por esta ordem, as

variáveis que mais influenciam a deterioração da QdVRS. Apurou também que as mulheres e as pessoas mais velhas têm uma saúde mais precária, experimentando um maior número de doenças, uma maior taxa de comorbidades, baixos níveis de capacidade funcional e, conseqüentemente, também níveis de QdVRS mais pobres. Por fim, a autora conclui referindo que a identificação dos determinantes da QdVRS pode projectar intervenções preventivas e correctivas que mantenham e melhorem a percepção da saúde geral dos idosos.

Dado que, é frequente existir uma alteração das percepções subjectivas do estado de saúde e da QdV dos idosos, por o processo de envelhecimento trazer consigo um conjunto de alterações biopsicossociais que podem levar a um aumento de situações de défice funcional e/ou dependência, torna-se aqui importante atender a como é que os idosos vão conseguir minorar as suas dificuldades e incapacidades, e preservarem a sua sobrevivência e QdV a médio e a longo prazo. Regra geral, verifica-se que é através dos cuidados prestados por cuidadores formais e informais que o idoso consegue então não só preservar a sua sobrevivência mas também a sua QdV. Contudo, apesar de existirem dois tipos de cuidadores, neste estudo serão levados em linha de conta apenas os cuidadores informais e os cuidados que são prestados pelos mesmos.

### 1.3. O Cuidador Informal

“Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde” (Lage, 2005, p. 203).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (1999) cuidador é o indivíduo, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida e ajuda o idoso doente

ou dependente no exercício das suas actividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no dia-a-dia (p.e., ida a bancos ou farmácias).

Assim, o cuidado que é prestado ao idoso para suprir as suas incapacidades/dificuldades pode ser providenciado tanto pela família, amigos ou vizinhos, como por profissionais de instituições de saúde. De acordo com Nascimento e colaboradores (2008) e Oliveira e colaboradores (2007), nesta linha de ideias surge a diferenciação de dois tipos de cuidadores: os cuidadores informais (CI's) e os cuidadores formais (CF's). Os CF's são todos os indivíduos que tiveram uma preparação académica e profissional e que são contratados, pelo idoso e/ou família, sob a forma de prestação de serviços para exercerem funções de cuidado. Os CI's são os elementos da família ou pessoas relacionadas ao idoso (amigos, vizinhos, etc.) que passam a assumir o acto de prestação de cuidados ao idoso.

Comummente, a dependência do idoso tende a viver-se inicialmente no seio da família restrita – marido/mulher, filhos e nora/genro. De forma geral, tem-se verificado em inúmeros estudos que o papel de CI é maioritariamente assumido por mulheres (reforçando o papel da mulher na sociedade), cônjuges (quando estes ainda se encontram vivos e capazes de prover o cuidado – quando tal não acontece esta responsabilidade é transferida para os filhos) e por quem mora mais perto do idoso (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008; Martín, 2005; Pereira, Santos, Fhon, Marques & Rodrigues, 2013; Trentino, Damasceno & Vieira, 2009). Contudo, apesar de parecer existir uma espécie de ordem preferencial na aquisição do papel de cuidador, não são factores como o género, o grau de relação e a proximidade geográfica que determinam quem assumirá este papel mas sim a idiosincrasia de cada caso, em cada casa.

Para Lage (2005) o que caracteriza os cuidados que são prestados pelas famílias aos idosos é a sua diversidade, visto as actividades desenvolvidas cobrirem um conjunto de necessidades do idoso (i.e., suporte psicológico, emocional, financeiro e instrumental) que contribuem para a sua saúde e bem-estar. A duração, a frequência e a intensidade dos cuidados estão estritamente relacionadas com as exigências objectivas do idoso, nomeadamente, com o seu nível de dependência física, cognitiva ou funcional.

Em suma, verifica-se que o CI presta cuidados ao idoso sempre com o objectivo de proteger o seu estado de saúde e de melhorar a sua QdV. Contudo, para que a tarefa de cuidados seja realizada de um modo ajustado às necessidades efectivas do idoso é importante averiguarmos se de facto as perceptivas que o CI tem acerca do estado de saúde e da QdV do idoso são, ou não, concordantes com as do próprio.

#### 1.3.1. Perspectiva do Cuidador Informal acerca do Idoso

“Um dos índices destacados pela pesquisa de entendimento da díade é a congruência de opiniões de cada um dos sujeitos – do idoso e do cuidador – sobre as mesmas perguntas” (Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006, p. 191).

O sujeito é sempre o melhor avaliador da sua pessoa e da sua vida. Isto verifica-se pelo facto do sujeito, enquanto ser individual, ser dotado de um conjunto de crenças e valores pessoais, expectativas e atitudes que vão sendo influenciadas pelas suas experiências de vida e pelas suas oportunidades sociais-culturais. Contudo, se o sujeito não se encontrar em condições para fazer apreciações sobre a sua vida a avaliação destes aspectos poderá ser feita com recurso a uma terceira pessoa significativa e próxima ao indivíduo, como um cuidador informal ou formal. Neste sentido, Crandall (1976), refere que o cuidador pode ser uma boa fonte de informação sobre o alvo de

cuidados pois, por lhe ser próximo, à partida tem acesso ao seu contexto de vida, às suas atitudes directas e indirectas e aos seus comportamentos de resposta ao meio.

Contudo, será que as percepções dos cuidadores sobre o alvo de cuidados se apresentam congruentes com as percepções do sujeito? De forma geral, os estudos verificam que não, i.e., que as percepções dos cuidadores sobre o alvo de cuidados não são congruentes com as do próprio (Claes, Vandeveld, Hove, Loon, Verschelden & Schalock, 2012; Milne, Mulder, Beelen, Schofield, Kempen & Aranda, 2005; Moyle, Murfield, Griffiths & Venturato, 2011; Rothman, Hedrick, Bulcroft, Hickam & Rubenstein, 1991; Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck 2006)

Crandall (1976), Fitzsimmons e colaboradores (1999), Essen (2004), Milne, e colaboradores (2005) e Oliveira e Pimentel (2008), fundamentam a falta de congruência entre as auto-percepções do sujeito e as hétero-percepções do cuidador pelo facto do nível de concordância parecer ser altamente dependente do quão concreto, objectivo, facilmente observável e relevante é o domínio que está a ser avaliado, sendo que quanto mais subjectivo for o domínio a ser avaliado maior a discrepância entre as auto-percepções do sujeito e as hétero-percepções do cuidador acerca do mesmo. Epstein e colaboradores (1989), Fitzsimmons e colaboradores (1999) Milne e colaboradores (2005), e Oliveira e Pimentel (2006) vão de encontro a isto ao terem verificado nos seus estudos que as respostas do paciente e do cuidador estavam mais correlacionadas para as dimensões físicas e menos correlacionadas para as dimensões psicossociais.

Atendendo ao caso particular dos idosos esta análise parece ser particularmente importante devido: ao facto destes apresentarem uma probabilidade exponencialmente maior de desenvolver doenças crónicas incapacitantes, problemas de dependência e défice cognitivo e/ou funcional que podem levar o idoso a não ser capaz de avaliar a sua QdV e Estado de Saúde; e ao facto da dependência do idoso tender a viver-se

inicialmente no seio da família que tenta ao máximo cobrir as suas necessidades e contribuir para a sua saúde e bem-estar. Desta forma, é importante que o cuidador tenha uma percepção mais ou menos apurada do Estado de Saúde e da QdV do idoso de modo a que a sua tarefa possa ser bem-sucedida.

Contudo, à semelhança dos estudos anteriores, tal não se verifica, i.e., as percepções dos cuidadores acerca do idoso não são congruentes com a do mesmo (Bassett, Magazine & Hebel, 1990; Magaziner, Bassett, Hebel & Gruber-Baldini, 1996; Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck 2006).

Bassett e colaboradores (1990) verificaram que, apesar de terem encontrado elevadas correlações nas medidas cognitivas do estado mental dos idosos, encontraram baixas correlações nas medidas afectivas, justificando estas diferenças nas congruências das auto e hétero-percepções pelo facto das primeiras medidas serem mais objectivas e as segundas mais subjectivas. Assim, estes dados vão de encontro ao que já foi referido anteriormente, i.e., que o nível de concordância parecer ser altamente dependente do quão concreto, objectivo, facilmente observável e relevante é o domínio que está a ser avaliado.

Trentini e colaboradores (2006) verificaram que as auto-percepções do idoso eram concordantes com as do cuidador informal a nível do domínio físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/religião e discordantes a nível do domínio geral, psicológico e das relações sociais, sendo que as percepções do cuidador acerca destes domínios na QdV do idoso eram significativamente mais baixas que as que são percepcionadas pelo idoso. Para além disso, os autores verificaram que de forma geral, os cuidadores percepcionavam a QdV do idoso, em todos os domínios, como sendo menor que aquela que era percepcionada pelo próprio. Isto vai de encontro aos estudos de Bassett e colaboradores (1990), Magaziner e colaboradores (1996),



Zweibel e Lydens (1990) que verificaram também que os cuidadores percepcionavam os idosos pior do que eles referiam estar.

Trentini e colaboradores (2006) conjecturam que o facto de os cuidadores percepcionarem os idosos pior do que eles estão pode ser devido: aos idosos estarem a minimizar e procurar contemporizar o seu próprio estado, tentando tornar o seu sofrimento menos pesado do que ele é e do que eles seriam capazes de admitir; e/ou que os cuidadores avaliam os idosos como estando mais fragilizados do que o que eles realmente estão, subvalorizando o seu estado mais do que o necessário. Por sua vez, Logsdon e colaboradores (2002) referem que as avaliações dos cuidadores podem ser influenciadas pelas suas crenças e expectativas, pelo tipo de relacionamento com o indivíduo e pela sobrecarga do acto de cuidar.

Sainfort e colaboradores (1996) referem que a falta de congruência entre as auto-percepções do idoso e as hétero-percepções do cuidador pode derivar: do facto de existir uma discordância na avaliação do domínio de cada um; ou, da falta de acordo sobre o que é importante para cada um em relação ao que está avaliado.

Acerca da incongruência entre as perspectivas dos cuidadores e dos idosos acerca do Estado de Saúde e da QdV, torna-se aqui importante chamar a atenção para o facto do Estado de Saúde e QdV serem conceitos por si só subjectivos (Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Stone & Shiffman, 2002) e que os aspectos fulcrais da QdV só podem ser adquiridos através da percepção subjectiva que o próprio sujeito tem da mesma (Claes, Vandeveld, Hove, Loon, Verschelden & Schalock, 2012). A este nível, Sainfort e colaboradores (1996) acrescentam que é possível que alguns cuidadores possam estar a formular implicitamente os seus próprios julgamentos/percepções sobre a QdV, que é tão subjectiva, vindo posteriormente e obviamente a apresentar percepções sobre a QdV do indivíduo alvo de cuidados incongruentes das do mesmo.

Apesar do que já foi referido, verifica-se na literatura que existem poucos estudos hoje em dia a comparar as percepções subjectivas do idoso com o cuidador acerca do Estado de Saúde e da QdV do idoso, tonando-se, assim, de extrema importância avaliar e analisar este aspectos, de modo a ajudar os cuidadores a conseguirem prestar adequados cuidados que permitam aos idosos ter uma velhice com mais saúde e melhor QdV.

#### 1.4. O Presente Estudo

Este estudo enquadra-se dentro de um projecto mais abrangente. Esta dissertação incide apenas sobre os aspectos referentes aos cuidadores informais e aos idosos que são alvo dos seus cuidados.

Dado o contínuo aumento da proporção de idosos em Portugal, o tema do envelhecimento tem-se mostrado uma área de estudo a que deve ser dada cada vez mais importância.

Consistindo o envelhecimento num processo tão distinto de pessoa para pessoa, dado resultar de inúmeras mudanças biopsicossociais, o modo como a velhice é experienciada por cada idoso revela-se ainda mais heterogéneo. Neste sentido, é próprio do processo de envelhecimento o aparecimento de algumas incapacidades no idoso e o brotar de dificuldades que se impõem ao mesmo. De forma geral, são, então, as famílias e os amigos as primeiras fontes de apoio a que os idosos recorrem para os ajudar a ultrapassar as dificuldades e incapacidades com que se vão deparando à medida que envelhecem.

Posto isto, a análise da congruência das perspectivas que os cuidadores informais têm sobre a QdV e o Estado de Saúde dos idosos com as perspectivas que os idosos têm sobre a sua QdV e o seu Estado de Saúde aparenta ser um ponto fulcral para

a dinamização de medidas de suporte mais adequadas a este grupo populacional, que o permitam alcançar um envelhecimento com mais saúde e melhor QdV.

Em suma, o presente estudo pretende, então, comparar as percepções subjectivas do estado de saúde e da QdV dos idosos com as percepções subjectivas que os respectivos cuidadores informais têm acerca do estado de saúde e QdV dos mesmos, e caracterizar o nível cognitivo, o nível de independência e a percepção subjectiva do estado de saúde e QdV dos idosos, mais especificamente:

1 – *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível Cognitivo* – através do instrumento “*Avaliação Breve do Estado Mental*” (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994).

2 – *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível de Autonomia/Independência* – através do instrumento “*Índice de Barthel*” (Mahoney e Barthel, 1965; Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

3 – *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre a sua Qualidade de Vida* – através do instrumento “*Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve*” (Organização Mundial de Saúde, 1998; Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes, 2006).

4 – *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre o seu Estado de Saúde* – através do instrumento “*Questionário do Estado de Saúde*” (Ware e Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000).

5 – *Explorar a associação entre o Nível Cognitivo, o Nível de Autonomia/Independência, a Percepção da Qualidade de Vida e a Percepção do Estado de Saúde da população da amostra de Idosos*

6 – *Explorar, em função da Idade e do Agregado Habitacional, se existem diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados aos Idosos*

(*“Avaliação Breve do Estado Mental”, “Índice de Barthel”, “Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve” e “Estado de Saúde”*).

7 – *Explorar a associação entre a Percepção que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida e do Estado de Saúde dos Idosos*

8 – *Comparar as percepções subjectivas acerca da Qualidade de Vida dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida dos mesmos - através da comparação dos resultados obtidos pelos Idosos no instrumento “Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve” com os resultados obtidos pelos respectivos Cuidadores Informais no mesmo instrumento.*

9 - *Comparar as percepções subjectivas acerca do Estado de Saúde dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca do Estado de Saúde dos mesmos – através da comparação dos resultados obtidos pelos Idosos no instrumento “Questionário do Estado de Saúde” com os resultados obtidos pelos respectivos Cuidadores Informais no mesmo instrumento.*

10 – *Explorar, em função da Idade e do Género, se existem dissemelhanças entre a diferença das percepções subjectivas dos Idosos e as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais acerca dos Idosos, nos diferentes instrumentos aplicados (“Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve” e “Estado de Saúde”).*

No ponto seguinte será apresentada a metodologia com os participantes, os instrumentos e os procedimentos a que se recorreu para atingir estes objectivos.

## **2. Metodologia**

Este é um estudo correlacional e inferencial que tem como objectivo a análise e a comparação entre as perspectivas de dois grupos distintos (idosos vs. cuidadores), i.e., a comparação de duas amostras emparelhadas, e a exploração da existência de diferenças a nível dos resultados dentro dos próprios grupos amostrais em função de dados sociodemográficos, i.e., a exploração da existência de diferenças entre duas amostras independentes.

Após ter sido feito o pedido de autorização para a realização da investigação (Anexo A), o Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora da Penha de França (C.S.P.P.F.) ter autorizado a sua realização, e os idosos terem aceitado participar neste estudo, através da assinatura do seu protocolo de consentimento informado (Anexo B) deu-se início à recolha dos dados, que teve lugar em casa dos idosos ou no centro de convívio do C.S.P.P.F., consoante as necessidades e particularidades de cada idoso. Para além disso, após os cuidadores terem aceitado participar no estudo, através da assinatura do seu protocolo de consentimento informado (Anexo C), procedeu-se, ainda, à recolha de dados acerca da perspectiva que o cuidador informal tem da qualidade de vida e estado de saúde do idoso de modo a se poder comparar as perspectivas de ambos.

É importante salientar que dada a dimensão das amostras não é possível generalizar os resultados encontrados para a população, circunscrevendo-se os mesmos apenas em relação à amostra em estudo e sendo a interpretação dos mesmos, neste caso, mais descritiva que explicativa.

## 2.1. Participantes

Este estudo realizou-se através do recurso a duas amostras emparelhadas, uma constituída por idosos (n=19) e outra constituída pelos respectivos cuidadores informais da amostra anterior (n=19).

A amostra de idosos foi constituída por sujeitos de ambos dos sexos e tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: a) estar inscrito no C.S.P.P.F.; b) ter idade igual ou superior a 65 anos; c) estar em condições físicas e cognitivas para responder aos instrumentos de avaliação; d) não ter um quadro de psicopatologia clinicamente diagnosticado; e) assinar o protocolo de consentimento informado; e, f) ter um cuidador informal.

A amostra de cuidadores informais foi constituída por sujeitos de ambos os sexos e tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: a) ser cuidador informal de um idoso participante no estudo; b) saber ler e escrever em Português; c) não ter um quadro de psicopatologia clinicamente diagnosticado; e, d) assinar o protocolo de consentimento informado.

Posto isto, verifica-se, então, que ambas as amostras foram constituídas de uma forma não probabilística, i.e., de conveniência, à luz dos critérios de inclusão anteriormente apresentados.

### 2.1.1. Caracterização da Amostra de Idosos

A caracterização sociodemográfica da amostra de idosos foi realizada com base nas respostas dos idosos a um questionário sociodemográfico (Anexo D). Dado que este estudo faz parte de um projecto mais abrangente, na Tabela 1 são apenas apresentadas as características sociodemográficas da amostra de idosos que são relevantes para as análises subsequentes – as características sociodemográficas que não são apresentadas,

por não fazerem parte dos objectivos deste estudo, podem ser encontradas através da consulta do Anexo D.

**Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra de Idosos (n=19)**

N=19		Média	Desvio-Padrão	Amplitude
<b>Idade</b>		80,63	5,44	69-90
		<b>Frequência (%)</b>		
<b>Género</b>	Masculino	2 (10,5%)		
	Feminino	17 (89,5%)		
<b>Nível de Escolaridade</b>	Não Sabe Ler e Escrever	2 (10,5%)		
	Sabe Ler e/ou Escrever	3 (15,8%)		
	1º Ciclo Básico	11 (57,9%)		
	Ensino Secundário	3 (15,8%)		
<b>Agregado Habitacional</b>	Sozinho(a)	10 (52,6%)		
	Familiares	7 (36,8%)		
	Amigo(a) /Colega	2 (10,5%)		

Assim, pela análise da Tabela 1, verifica-se que os idosos têm idades compreendidas entre os 69 e os 90 anos e que a maioria é do género feminino, tem o 1º ciclo básico e vive sozinho.

#### 2.1.2. Caracterização da Amostra de Cuidadores Informais

A caracterização sociodemográfica da amostra de cuidadores informais foi realizada com base nas respostas dos idosos a um questionário sociodemográfico (Anexo E). Dado que este estudo faz parte de um projecto mais abrangente, na Tabela 2 são apenas apresentadas as características sociodemográficas da amostra de cuidadores informais que são relevantes para as análises subsequentes – as características sociodemográficas que não são apresentadas, por não fazerem parte dos objectivos deste estudo, podem ser encontradas através da consulta do Anexo E.

**Tabela 2 - Características Sociodemográficas da Amostra dos Cuidadores Informais dos Idosos (n=19)**

N=19		Média	Desvio-Padrão	Amplitude
<b>Idade</b>		56,68	12,13	35-85
		<b>Frequência (%)</b>		
<b>Género</b>	Masculino	8 (42,1%)		
	Feminino	11 (57,9%)		

Assim, pela análise da Tabela 2, verifica-se que os cuidadores informais têm idades compreendidas entre os 35 e os 85 anos e que a maioria é do género feminino.

## 2.2. Instrumentos de Avaliação

### 2.2.1. Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination* – MMSE)

O instrumento de Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh, em 1975, e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, em 1994 (Anexo F). De acordo com Guerreiro (2010) este instrumento tem como objectivo avaliar a deterioração cognitiva, analisando de forma fácil e breve o estado mental do sujeito através de 11 grupos de itens divididos em 5 categorias: “Orientação Espaço-temporal”, “Retenção”, “Atenção e Cálculo”, “Evocação” e “Linguagem”. Cada uma das categorias é composta por 10, 3, 5, 3 e 9 questões, respectivamente, perfazendo um total de 30 questões que são cotadas com os valores 0 (resposta incorrecta) e 1 (resposta correcta). Assim, a pontuação total do MMSE pode variar entre 0 e 30 pontos, sendo que quanto menor a pontuação do indivíduo maior o grau de deterioração cognitiva.

Segundo os resultados encontrados por Guerreiro e colaboradores (1994a), na adaptação do MMSE, não deve ser utilizado o ponto de “corte” de 24 (que é resultado de estudos noutros países) visto que os resultados deste instrumento são influenciados pela escolaridade. Devem, pois, ser empregues os pontos de corte estabelecidos por Guerreiro et al. (1994b) que consideram em défice cognitivo: indivíduos analfabetos com uma pontuação igual ou inferior a 15 pontos, indivíduos com 1 a 11 anos de literacia com uma pontuação igual ou inferior a 22 pontos e indivíduos com mais de 11 anos de literacia com uma pontuação igual ou inferior a 27 pontos.

Relativamente às qualidades psicométricas do MMSE estas foram apresentadas numa Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Neurologia, tendo-se apenas



conseguido encontrar referência a bons níveis de consistência interna, elevada estabilidade temporal e boa concordância inter-avaliadores (Guerreiro, 2010).

### 2.2.2. Índice de Barthel (*Barthel Index* – IB)

O Índice de Barthel (IB) foi desenvolvido por Mahoney e Barthel, em 1965, e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, em 2007 (Anexo F). De acordo com Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) este instrumento tem como objectivo de avaliar o nível de autonomia/independência do indivíduo na realização das suas Actividades de Vida Diária (AVD's).

O IB é composto por 10 itens avaliativos da capacidade do sujeito na realização das seguintes AVD's: Alimentação, Banho, Higiene Pessoal, Vestir e despir, Evacuar, Urinar, Utilização de sanitários, Transferência (da cadeira para a cama, e vice-versa), Deambular e Subir e descer escadas. A pontuação total deste instrumento varia entre 0 e 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação do sujeito maior o seu nível de independência na realização das AVD's.

De acordo com Araújo e colaboradores (2007) o estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revela que este é efectivamente um instrumento válido e fiável pois apresenta níveis muito satisfatórios de consistência interna, com um Alfa de Cronbach superior a 0,80 ( $\alpha=0,97$ ) e a nível da validade convergente uma correlação positiva e estatisticamente significativa ao nível de  $p<0,01$  entre as actividades da vida diária e as actividades instrumentais da vida diária ( $r=0,84$ ). Para além disso, os autores verificaram também que quanto mais idoso o sujeito for maior a probabilidade deste vir a apresentar níveis de incapacidade crescente relacionada com as AVD's ( $r= -0,37$ ,  $p<0,01$ ).

### 2.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve (*World Health Organization Quality of Life – Bref* – WHOQOL-Bref)

O instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve (WHOWOL-Bref) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes, em 2006 (Anexo F). De acordo com Vaz Serra e colaboradores (2006) este instrumento tem como objectivo avaliar a QdV de qualquer indivíduo adulto de uma forma fácil e breve. A sua construção derivou do WHOQOL-100, um instrumento muito mais extenso elaborado anteriormente pela OMS, sendo o WHOQOL-Bref a versão reduzida do mesmo. Desta forma, o WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo que duas delas são mais gerais, e referentes à percepção geral do sujeito sobre a sua QdV e sobre a sua saúde, e as restantes 24, mais específicas e relativas às 24 facetas do instrumento original (WHOQOL-100). Assim, cada faceta é apresentada através de uma questão, em vez de 4, como era até então no WHOQOL-100, preservando-se o cariz subjectivo e multidimensional que o conceito de qualidade de vida apresenta. Cada faceta pode ser relativa a um estado, comportamento, capacidade, percepção ou experiência subjectiva do sujeito.

Para além disso, estas 24 facetas específicas encontram-se organizadas em 4 domínios distintos da QdV: o domínio Físico, o domínio Psicológico, o domínio das Relações Sociais e o domínio do Ambiente. O domínio físico inclui as facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; actividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho. O domínio psicológico inclui as facetas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos;

espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio das relações sociais inclui: relações pessoais; suporte (apoio) social; actividade sexual. O domínio ambiente inclui: segurança física e protecção; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte.

De acordo com Canavarro e colaboradores (2007), as questões do WHOQOL-Bref, à semelhança de no WHOQOL-100, encontram-se organizadas em 4 escalas de resposta do tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) enunciadas tanto de forma positiva como de forma negativa. A pontuação total, dos domínios deste instrumento, está formatada para variar entre 4 e 20 pontos e/ou entre 0 e 100 pontos, consoante o interesse do investigador, sendo que, em cada domínio, quanto maior a pontuação do sujeito melhor a avaliação que o sujeito faz da sua QdV específica. Neste estudo utilizou-se o formato em que a pontuação total varia entre 0 e 100 pontos.

A respeito das qualidades psicométricas, segundo Vaz e colaboradores (2006), este instrumento apresentou bons valores de consistência interna (Alfa de Cronbach entre 0,64 e 0,87), estabilidade temporal no teste-reteste (coeficientes de correlação entre 0,65 e 0,85), validade discriminante (discriminando bem os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica) e validade de construto (correlacionando-se de forma estatisticamente significativa, todos os domínios entre si, inclusive os 4 domínios específicos em conjunto com o domínio geral da qualidade de vida), revelando ser um bom instrumento para avaliar a QdV da população portuguesa.

#### 2.2.4. Questionário do Estado de Saúde (*Medical Outcomes Study Short Form – SF-36*, v.2)

O Questionário do Estado de Saúde (SF-36) foi desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira, em 2000 (Anexo F). De acordo com Ferreira (2000a) este instrumento tem como objectivo avaliar a percepção do indivíduo do seu estado de saúde, i.e., avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do sujeito.

O SF-36 é composto por 36 afirmações avaliativas dos aspectos positivos e negativos da saúde integrados em 8 subescalas: Escala de Funcionamento Físico; Escala de Desempenho Físico; Escala de Dor Corporal; Escala de Saúde Geral; Escala de Vitalidade; Escala de Funcionamento Social; Escala de Desempenho Emocional e Escala de Saúde Mental. Para além disso, no SF-36 existe, ainda, um item que não é contemplado em nenhuma das escalas apresentadas (item 2 – item de Transição de Saúde) e que pede ao sujeito que informe, de um modo global, qual foi o grau de mudança geral na sua saúde, tendo como referência a sua percepção das experiências vividas há um ano atrás.

As respostas do sujeito ao instrumento devem ser dadas de acordo com uma escala Likert de 3 ou 5 pontos. A pontuação total das várias escalas do instrumento varia entre 0 e 100 pontos, sendo que, em cada escala, quanto maior a pontuação do sujeito melhor a percepção que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde específico.

A respeito das qualidades psicométricas deste instrumento, de acordo com Ferreira (2000b), o SF-36 apresentou bons valores de consistência interna (Alfa de Cronbach entre 0,60 e 0,88) e estabilidade temporal no teste-reteste (coeficientes de correlação entre 0,45 e 0,79).

### 2.3. Procedimento

Após autorizada a recolha de dados por parte do Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora da Penha de França, procedeu-se à aplicação dos instrumentos. Contudo, antes do início do preenchimento dos questionários, os participantes (idosos e respectivos cuidadores informais) tiveram que assinar um protocolo de consentimento informado (Anexo B e C), onde eram explicados os propósitos (objectivos) e as condições (e.g., participação voluntária e confidencialidade) do estudo.

Após o participante ter assinado o protocolo de consentimento informado e terem sido esclarecidos os objectivos do estudo e a importância da sua participação, no caso dos idosos, aplicou-se o *Questionário Sociodemográfico*, com o objectivo de recolher informação sociodemográfica e clínica sobre si. Em seguida, aplicou-se a *Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE)* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994), com o objectivo de avaliar se existe algum grau de deterioração cognitiva nos idosos. Posteriormente, aplicou-se o *Índice de Barthel* (Mahoney e Barthel, 1965; Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007), com o objectivo de avaliar o nível de autonomia/independência dos idosos. Entretanto, aplicou-se o *Questionário do Estado de Saúde* (Ware e Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000), com o objectivo de avaliar a percepção do idoso do seu estado de saúde. E, por fim, aplicou-se a *Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve* (Organização Mundial de Saúde, 1998; Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes, 2006), com o objectivo de avaliar a percepção do idoso sobre a sua QdV.

No caso dos cuidadores informais dos idosos, após cada participante ter assinado o protocolo de consentimento informado e terem sido esclarecidos os objectivos do estudo e a importância da sua participação, aplicou-se o *Questionário*

*Sociodemográfico*, com o objectivo de recolher informação sociodemográfica e clínica sobre si. Em seguida, aplicou-se o *Questionário do Estado de Saúde* (Ware e Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000), com o objectivo de avaliar a percepção do cuidador informal sobre o estado de saúde do idoso. Por fim, aplicou-se a *Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve* (Organização Mundial de Saúde, 1998; Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes, 2006), com o objectivo de avaliar a percepção do cuidador informal sobre a QdV do idoso.

No caso da amostra de idosos a resposta aos instrumentos de avaliação foi realizada de forma presencial e administrada pela investigadora, contudo, no caso da amostra de cuidadores informais os instrumentos foram entregues pela investigadora aos próprios ou através do respectivo idoso, por limitações espácio-temporais dos próprios cuidadores. Assim, no caso dos cuidadores informais os instrumentos foram auto-administrados não presencialmente e devolvidos à investigadora após estarem preenchidos. Contudo, os cuidadores estiveram sempre em contacto telefónico ou electrónico com a investigadora de modo a poderem esclarecer as suas dúvidas a respeito do preenchimento ou dos próprios instrumentos.

Relativamente à aplicação dos instrumentos aos idosos, tentou-se sempre que houvesse o ambiente mais neutro possível para se proceder à recolha de dados, contudo devido a factores externos, este esforço nem sempre foi bem conseguido devido a haver idosos que não queriam sair do centro de convívio para uma sala de reuniões por referirem que não queriam perder o seu lugar no sofá/mesa/sala, tendo sido então, nestes casos, aplicados os instrumentos neste mesmo local, com algum barulho e falta de privacidade, mas sem que isto parecesse afectar de forma significativa os respondentes

que se mantiveram atentos e dedicados a responder às questões feitas pela investigadora.

Após a recolha de toda a amostra, procedeu-se à criação da base de dados, utilizando o *IBM SPSS Statistics 22*, que serviu para a análise dos dados e o tratamento dos resultados obtidos que será apresentado em seguida.

### **3. Análise dos Resultados**

Nesta parte serão apresentados e analisados os resultados relativos aos objectivos de investigação.

Na primeira parte do estudo realizou-se a análise descritiva, com a caracterização dos idosos e dos seus respectivos cuidadores informais (já apresentada anteriormente na Caracterização da Amostra de Idosos e de Cuidadores Informais) seguindo-se a análise estatística descritiva dos instrumentos aplicados.

Em seguida, foram verificados os pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas: nomeadamente a normalidade das distribuições, através do Teste de Shapiro-Wilk e do critério que se a estatística da Assimetria e da Curtose for duas vezes menor que o erro-padrão das mesmas aceita-se a normalidade da distribuição (mesmo que tal não se verifique através do Teste de Shapiro-Wilk); e a homogeneidade das variâncias, através do Teste de Levene. Posteriormente prosseguiu-se para a realização de análises paramétricas e não paramétricas dos instrumentos já anteriormente referidos, com a utilização das correlações de Pearson/Spearman, dos testes de T-Student/Wilcoxon, para duas amostras emparelhadas e dos testes de T-Student/Wilcoxon-Mann-Whitney, para duas amostras independentes.

Finalmente procedeu-se à comparação das percepções subjectivas acerca do estado de saúde e da QdV dos idosos com as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca do estado de saúde e da QdV dos mesmos.

Dado que não se conseguiu ter acesso aos valores de validação do MMSE procedeu-se, então, ao estudo da consistência interna deste instrumento, através do coeficiente de Alfa de Cronbach, verificando-se que este instrumento é muito satisfatório ( $\alpha=0,807$ ). A nível das correlações inter-itens verificou-se uma correlação fraca entre os itens ( $r=0,203$ ) que pode ser explicada pelo facto de que quando avaliamos uma panóplia de conteúdos diversos (como no caso deste instrumento) ser difícil atingir correlações inter-itens elevadas. A nível das estatísticas item-total, pelos coeficientes de Alfa de Cronbach se o item for excluído, verificou-se que estas são todas muito satisfatórias, variando os coeficientes de Alfa de Cronbach entre  $\alpha=0,784$  e  $\alpha=0,825$ , indicando-nos que todos os itens estão a saturar bem na escala. Entre os itens mais correlacionados com o instrumento encontram-se os itens 1.2., 1.4., 1.6. e 1.7. (todos com um  $r=0,741$ ) e entre os itens menos correlacionados com o instrumento encontram-se os itens 5.b., 5.d. e 6 (com, respectivamente,  $r= -0,133$ ;  $r= -0,035$ ;  $r=-0,031$ ).

Em seguida passarei, então, a apresentar e analisar os resultados relativos aos vários objectivos propostos anteriormente.

**Primeiro Objectivo: Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível Cognitivo**

Na Tabela 3, apresentam-se os resultados do Nível Cognitivo dos idosos, obtidos através do instrumento *Avaliação Breve do Estado Mental* (MMSE).

**Tabela 3 - Caracterização dos Resultados do Nível Cognitivo dos Idosos ( $n=19$ ); mínimo possível=0 e máximo possível=30**

	N	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Amplitude
Nível Cognitivo	19	25,42	3,60	26,00	14-29



Através da análise das estatísticas descritivas das pontuações obtidas pelos idosos no MMSE, observável na Tabela 3, verifica-se que o valor da média da amostra surge como relativamente elevado ( $M=25,42$ ;  $dp=3,60$ ), indicando-nos de forma geral que os idosos possuem bons níveis cognitivos, pois quanto maior a pontuação dos indivíduos menor o grau de deterioração cognitiva. Para além disso, verifica-se que os níveis cognitivos dos idosos variam entre 14 e 29 pontos, indicando-nos à partida que existe pelo menos um idoso em processo de deterioração cognitiva. Assim, procedeu-se à associação entre o nível de escolaridade dos idosos e o seu nível cognitivo de modo a poder averiguar que dimensão da amostra se poderá encontrar em processo de deterioração cognitiva (Tabela 1, Anexo G), tendo-se verificado que existiam 4 idosos em processo de deterioração cognitiva. Contudo, dado que as diferenças entre o valor esperado e o valor obtido pelos idosos em deterioração cognitiva são mínimas (no máximo 2 pontos de diferença), estes indivíduos não foram excluídos da amostra para as análises subsequentes.

**Segundo Objectivo: Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível de Autonomia/Independência**

Na Tabela 4, apresentam-se os resultados do Nível de Autonomia/Independência dos idosos, obtidos através do instrumento *Índice de Barthel* (IB).

**Tabela 4 - Caracterização dos Resultados do Nível de Autonomia/Independência dos Idosos ( $n=19$ ); mínimo possível=0 e máximo possível=100**

	N	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Amplitude
<b>Nível de Autonomia/Independência</b>	19	90,79	15,83	95,00	35-100

Através da análise das estatísticas descritivas das pontuações obtidas pelos idosos no IB, observável na Tabela 4, verifica-se que o valor da média da amostra surge como relativamente elevado ( $M=90,79$ ;  $dp=15,83$ ), indicando-nos de forma geral que os idosos possuem óptimos níveis de autonomia/independência, pois quanto maior a

pontuação do sujeito maior o seu nível de independência na realização das AVD's. Para além disso, verifica-se que os níveis de autonomia/independência dos idosos variam entre 35 e 100 pontos. Contudo, é importante referir que, como poderá ser verificado na Tabela 2 do Anexo G, a pontuação mínima advém dum único indivíduo (5,3%), com um nível de autonomia e independência muito baixo, sendo que o resto da amostra de idosos (que correspondem a 94,7% da amostra), neste instrumento, obtém pontuações iguais ou superiores a 70 pontos.

**Terceiro Objectivo: Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre a sua Qualidade de Vida**

Na Tabela 5, apresentam-se os resultados da percepção que os idosos têm acerca da sua Qualidade de Vida, obtidos através do instrumento *Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Breve* (WHOQOL-Bref).

**Tabela 5 - Caracterização dos Resultados das Percepções Subjectivas dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=100**

	N	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Amplitude
<b>Domínio Geral</b>	19	49,34	17,91	50,00	25,00-75,00
<b>Domínio Físico</b>	19	59,40	17,18	64,29	25,00-92,86
<b>Domínio Psicológico</b>	19	65,35	17,90	70,83	20,83-91,67
<b>Domínio Relações Sociais</b>	19	75,44	13,17	75,00	41,67-91,67
<b>Domínio Ambiente</b>	19	67,60	9,73	65,63	46,88-87,50

Através da análise das estatísticas descritivas das pontuações obtidas pelos idosos nos vários domínios do WHOQOL-Bref, observável na Tabela 5, verifica-se que as médias obtidas pelos sujeitos nas várias escalas variam entre 49,34 (Domínio Geral) e 75,44 (Domínio das Relações Sociais), sendo que quanto maior a pontuação do sujeito melhor a avaliação que o sujeito faz da sua QdV específica. O Domínio das Relações Sociais (M=75,44; dp=13,17) é percepcionado com maior satisfação, enquanto o Domínio Geral (M=49,34; dp=17,91) é percepcionado com menor satisfação a nível da QdV.

**Quarto Objectivo: Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre o seu Estado de Saúde**

Na Tabela 6, apresentam-se os resultados da percepção que os idosos têm acerca do seu Estado de Saúde, obtidos através do instrumento *Questionário do Estado de Saúde* (SF-36).

**Tabela 6- Caracterização dos Resultados das Percepções Subjectivas dos Idosos acerca do seu Estado de Saúde (n=19); mínimo possível=0 e máximo possível=100 (à excepção do item da Transição de Saúde em que mínimo possível=1 e máximo possível=5)**

	N	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Amplitude
<b>Funcionamento Físico</b>	19	46,05	29,47	45,00	5,00-100,00
<b>Desempenho Físico</b>	19	63,49	28,43	68,75	25,00-100,00
<b>Dor Corporal</b>	19	50,63	27,15	62,00	0,00-90,00
<b>Saúde Geral</b>	19	59,37	15,14	57,00	30,00-80,00
<b>Vitalidade</b>	19	49,67	20,25	43,75	12,50-93,75
<b>Funcionamento Social</b>	19	83,55	20,01	100,00	37,50-100,00
<b>Desempenho Emocional</b>	19	81,58	22,49	100,00	33,33-100,00
<b>Saúde Mental</b>	19	53,95	24,75	45,00	15,00-95,00
<b>Transição de Saúde*</b>	19	3,47	0,91	4,00	2,00-5,00

\* Não é tido em conta para efeitos de análise neste estudo, por não ser considerado um conceito de saúde

Através da análise das estatísticas descritivas das pontuações obtidas pelos idosos nas várias escalas do SF-36, observável na Tabela 6, verifica-se que as médias obtidas pelos sujeitos nas várias escalas variam entre 46,05 (Funcionamento Físico) e 83,55 (Funcionamento Social), sendo que quanto maior a pontuação do sujeito melhor a percepção que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde específico. As escalas que se verificam ter uma pontuação média mais elevada são: *Funcionamento Social* (M=83,55; dp=20,01); *Desempenho Emocional* (M=81,58; dp=22,49); *Desempenho Físico* (M=63,49; dp=28,43); *Saúde Geral* (M=59,37; dp=15,15).

**Quinto Objectivo: *Explorar a associação entre o Nível Cognitivo, o Nível de Autonomia/Independência, a Percepção da Qualidade de Vida e a Percepção do Estado de Saúde da população da amostra de Idosos***

A análise dos pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas, nomeadamente a normalidade das distribuições, através do Teste de Shapiro-Wilk e do critério que se a estatística da Assimetria e da Curtose for duas vezes menor que o erro-padrão das mesmas aceita-se a normalidade da distribuição (mesmo que tal não se verifique através do Teste de Shapiro-Wilk) pode ser verificada através das Tabelas 3 e 4 do Anexo G.

- *Associação entre o Nível Cognitivo (Avaliação Breve do Estado Mental – MMSE) e os Domínios da Qualidade de Vida (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve – WHOQOL-Bref) dos idosos*

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o Nível Cognitivo, avaliado através do MMSE, e os vários Domínios da QdV, avaliados através do WHOQOL-Bref (Tabela 5, Anexo G).

- *Associação entre o Nível Cognitivo (Avaliação Breve do Estado Mental – MMSE) e as Escalas do Estado de Saúde (Questionário Estado de Saúde – SF-36) dos idosos*

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o Nível Cognitivo, avaliado através do MMSE, e as várias Escalas do Estado de Saúde, avaliados através do SF-36 (Tabela 6, Anexo G).

- *Associação entre o Nível Cognitivo (Avaliação Breve do Estado Mental – MMSE) e o Nível de Autonomia/Independência (Índice de Barthel – IB) dos idosos*

Não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre o Nível Cognitivo, avaliado através do MMSE, e o Nível de Autonomia/Independência, avaliado através do IB.

- *Associação entre o Nível de Autonomia/Independência (Índice de Barthel – IB) e os Domínios Qualidade de Vida (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve – WHOQOL-Bref) dos idosos*

Na Tabela 7, para a amostra de idosos, apresentam-se os resultados dos coeficientes de correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência, obtido através do IB, e os Domínios da Qualidade de Vida, obtidos através do WHOQOL-Bref.

**Tabela 7 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência e os Domínios da Qualidade de Vida dos idosos (n=19)**

N=19		Nível de Autonomia/Independência (IB)	
		Correlação de Spearman	Sig. (2-Extremidades)
Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref.)	Domínio Geral	0,483	<b>0,036</b>
	Domínio Físico	0,665	<b>0,002</b>
	Domínio Psicológico	0,085	0,728
	Domínio Relações Sociais	-0,261	0,280
	Domínio Ambiente	0,364	0,126

Pela análise da Tabela 7 verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Nível de Autonomia/Independência, avaliado através do IB, e o Domínio Geral da QdV ( $r=0,483$ ;  $p<0,05$ ) e o Domínio Físico da QdV ( $r=0,665$ ;  $p<0,01$ ), avaliados através do WHOQOL-Bref. Pela análise destas correlações verifica-se que estas são positivas e moderadas, i.e., que altos níveis de autonomia/independência nos idosos se encontram associados a melhores percepções, por parte dos mesmos, no Domínio Geral e no Domínio Físico da sua QdV.

- Associação entre o Nível de Autonomia/Independência (Índice de Barthel – IB) e as Escalas do Estado de Saúde (Questionário Estado de Saúde – SF-36) dos idosos

Na Tabela 8, para a amostra de idosos, apresentam-se os resultados dos coeficientes de correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência, obtido através do IB, e as Escalas do Estado de Saúde, obtidas através do SF-36.

**Tabela 8 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Nível de Autonomia/Independência e as Escalas do Estado de Saúde, dos idosos (n=19)**

N=19		Nível de Autonomia/Independência (IB)	
		Correlação de Spearman	Sig. (2-Extremidades)
Estado de Saúde (SF-36)	Funcionamento Físico	0,485	<b>0,035</b>
	Desempenho Físico	-0,101	0,682
	Dor Corporal	0,103	0,674
	Saúde Geral	0,227	0,350
	Vitalidade	0,475	<b>0,040</b>
	Funcionamento Social	0,034	0,891
	Desempenho Emocional	-0,167	0,494
	Saúde Mental	0,242	0,318

Pela análise da Tabela 8, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Nível de Autonomia/Independência, avaliado através do IB, e as Escalas Estado de Saúde: Funcionamento Físico ( $r=0,485$ ;  $p<0,05$ ) e Vitalidade ( $r=0,475$ ;  $p<0,05$ ), avaliadas através do SF-36. Pela análise destas correlações verifica-se que estas são positivas e moderadas, i.e., que altos níveis de autonomia/independência nos idosos se encontram associados a melhores percepções, por parte dos mesmos, nas Escalas do Funcionamento Físico e Vitalidade do seu Estado de Saúde.

- Associação entre o Domínios da Qualidade de Vida (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve – WHOQOL-Bref) e as Escalas do Estado de Saúde (Questionário Estado de Saúde – SF-36) dos idosos

Na Tabela 9, para a amostra de idosos, apresentam-se os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson (s) e de Spearman(s) entre os Domínio da Qualidade de Vida, obtido através do WHOQOL-Bref, e as Escalas do Estado de Saúde, obtidas através do SF-36.

**Tabela 9 - Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r_p$ ) e Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) entre os Domínio da Qualidade de Vida e as Escalas do Estado de Saúde, dos idosos (n=19)**

N=19		Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref.)									
		Domínio Geral		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio das Relações Sociais		Domínio Ambiente	
		$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_s$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)
Estado de Saúde (SF-36)	Funcionamento Físico	0,633	<b>0,004</b>	0,740	<b>0,000</b>	0,418	0,075	-0,205	0,399	0,280	0,246
	Desempenho Físico	0,368	0,121	0,280	0,246	0,335	0,160	0,118	0,632	0,004	0,986
	Dor Corporal	0,638	<b>0,003</b>	0,605	<b>0,006</b>	0,599	<b>0,007</b>	0,138	0,574	0,257	0,289
	Saúde Geral	0,626	<b>0,004</b>	0,495	<b>0,031</b>	0,513	<b>0,025</b>	-0,267	0,269	0,259	0,285
	Vitalidade	0,789	<b>0,000</b>	0,787	<b>0,000</b>	0,574	<b>0,010</b>	-0,028	0,910	0,406	0,085
	Funcionamento Social	0,404	0,086	0,035	0,888	0,219	0,368	0,215	0,377	0,065	0,793
	Desempenho Emocional	0,327	0,171	0,062	0,800	0,195	0,423	0,330	0,168	-0,201	0,408
	Saúde Mental	0,750	<b>0,000</b>	0,671	<b>0,002</b>	0,632	<b>0,004</b>	0,145	0,553	0,409	0,082

Pela análise da Tabela 9 verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Geral da QdV e a Escala de Funcionamento Físico ( $r=0,633$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,638$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,626$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Vitalidade ( $r=0,789$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,750$ ;  $p<0,01$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos idosos no Domínio Geral da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções

por parte dos mesmos nas Escalas de Funcionamento Físico, Dor Corporal e Saúde Geral, do Estado de Saúde, e que melhores percepções dos idosos no Domínio Geral da QdV se encontram fortemente associadas a melhores percepções por parte dos mesmos nas Escalas de Vitalidade e Saúde Mental do Estado de Saúde.

Pela análise da Tabela 9 verifica-se também que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Físico da QdV e a Escala de Funcionamento Físico ( $r=0,740$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,605$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,495$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Físico e a Escala de Vitalidade ( $r=0,787$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,671$ ;  $p<0,01$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos idosos no Domínio Físico da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções por parte dos mesmos nas Escalas de Dor Corporal, Saúde Geral e Saúde Mental, do Estado de Saúde, e que melhores percepções dos idosos no Domínio Físico da QdV se encontram fortemente associadas a melhores percepções por parte dos mesmos nas Escalas de Funcionamento Físico e Vitalidade do Estado de Saúde.

Por fim, pela análise da Tabela 9, verifica-se ainda que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Psicológico da QdV e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,599$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,513$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Vitalidade ( $r=0,574$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,632$ ;  $p<0,05$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos idosos no Domínio Psicológico da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções por parte dos mesmos nas Escalas de Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade e Saúde Mental do Estado de Saúde.



**Sexto Objectivo:** *Explorar, em função da Idade e do Agregado Habitacional, se existem diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados aos Idosos (“Avaliação Breve do Estado Mental”, “Índice de Barthel”, “Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve” e “Estado de Saúde”)*

- *Explorar as diferenças entre os diferentes instrumentos aplicados aos Idosos em Função da Idade*

Para realizar esta análise a amostra de idosos foi dividida em dois grupos amostrais, os idosos mais novos e os idosos mais velhos, tendo sido definido como critério de inclusão: no grupo dos idosos mais novos ter idade menor a 81 anos e no grupo dos idosos mais velhos ter idade igual ou superior a 81 anos – foi definido como ponto de corte, dos grupos, os 81 anos por este valor corresponder à mediana da amostra total de idosos.

Ao analisar os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos diferentes instrumentos em função da Idade (Tabelas 8, 9 e 10, Anexo G) verificou-se que o MMSE, o IB e a Escala de Funcionamento Social do SF-36 não apresentavam uma distribuição normal pelo que foi utilizado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para explorar se existem diferenças entre estes instrumentos em função da Idade. Para os restantes instrumentos, que revelaram ter uma distribuição normal e homogénea foi utilizado o teste T-Student.

Através dos Testes de Wilcoxon-Mann-Whitney e do Teste de T-Student (Tabelas 11 e 12, respectivamente, Anexo G) analisou-se se em função da idade dos idosos existiam diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados aos idosos, tendo-se verificado que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os idosos mais velhos e os idosos mais novos em relação aos resultados obtidos pelos mesmos nos vários instrumentos que lhes foram aplicados.

- *Explorar as diferenças entre os diferentes instrumentos aplicados aos Idosos em Função do Agregado Habitacional*

Dado que a dimensão do grupo de idosos que coabitava com amigos/colegas era muito pequeno, estes idosos foram agrupados, juntamente com os que coabitam com familiares, no grupo acompanhado, passando então a ser analisadas as diferenças entre os diferentes instrumentos em função de o idoso viver sozinho ou acompanhado.

Ao analisar os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos diferentes instrumentos em função do Agregado Habitacional (Tabelas 13, 14, e 15) verificou-se que o IB não apresentava uma distribuição normal pelo que foi utilizado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para explorar se existem diferenças entre este instrumento em função do Agregado Habitacional. Para os restantes instrumentos, que revelaram ter uma distribuição normal e homogénea foi utilizado o teste T-Student.

Através dos Testes de Wilcoxon-Mann-Whitney e do Teste de T-Student (Tabelas 16 e 17, respectivamente, Anexo G) analisou-se se em função do agregado habitacional dos idosos existiam diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados aos idosos, tendo-se verificado que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que viviam sozinhos e os idosos que viviam acompanhados em relação aos resultados obtidos pelos mesmos nos vários instrumentos que lhes foram aplicados.

**Sétimo Objectivo: *Explorar a associação entre a Percepção que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida e do Estado de Saúde dos Idosos***

A análise dos pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas, nomeadamente a normalidade das distribuições, através do Teste de Shapiro-Wilk e do critério que se a estatística da Assimetria e da Curtose for duas vezes menor que o erro-padrão das mesmas aceita-se a normalidade da distribuição (mesmo que tal não se

verifique através do Teste de Shapiro-Wilk) pode ser verificada através das Tabelas 18 e 19 do Anexo G.

Na Tabela 10, apresentam-se os resultados dos coeficientes de correlação de Pearson, entre os Domínios da Qualidade de Vida, obtidos através do WHOQOL-Bref, e as Escalas do Estado de Saúde, obtidas através do SF-36, dos cuidadores informais acerca dos idosos.

**Tabela 10 - Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r_p$ ) entre os Domínios da Qualidade de Vida e as Escalas do Estado de Saúde, dos Cuidadores Informais acerca dos Idosos (n=19)**

N=19		Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref.)									
		Domínio Geral		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio das Relações Sociais		Domínio Ambiente	
		$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)	$r_p$	Sig. (2 Ext.)
Estado de Saúde (SF-36)	Funcionamento Físico	0,615	<b>0,005</b>	0,733	<b>0,000</b>	0,262	0,279	0,174	0,475	0,162	0,580
	Desempenho Físico	0,537	<b>0,018</b>	0,504	<b>0,028</b>	0,436	0,062	0,293	0,224	0,460	<b>0,048</b>
	Dor Corporal	0,671	<b>0,002</b>	0,824	<b>0,000</b>	0,599	<b>0,007</b>	0,261	0,281	0,502	<b>0,029</b>
	Saúde Geral	0,711	<b>0,001</b>	0,855	<b>0,000</b>	0,599	<b>0,007</b>	-0,027	0,914	0,238	0,326
	Vitalidade	0,838	<b>0,000</b>	0,737	<b>0,000</b>	0,500	<b>0,029</b>	0,177	0,468	0,238	0,230
	Funcionamento Social	0,434	0,063	0,426	0,069	0,659	<b>0,002</b>	0,567	<b>0,011</b>	0,595	<b>0,007</b>
	Desempenho Emocional	0,506	<b>0,027</b>	0,523	<b>0,022</b>	0,383	0,106	0,170	0,488	0,188	0,441
	Saúde Mental	0,591	<b>0,008</b>	0,555	<b>0,014</b>	0,615	<b>0,005</b>	0,175	0,473	0,261	0,280

Pela análise da Tabela 10 verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Geral da QdV e a Escala de Funcionamento Físico do Estado de Saúde ( $r=0,615$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Desempenho Físico ( $r=0,537$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Geral e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,671$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,711$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Vitalidade ( $r=0,838$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Geral e a Escala de Desempenho Emocional ( $r=0,506$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Geral e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,591$ ;

$p<0,01$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio Geral da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, nas Escalas de Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde, e que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio Geral da QdV se encontram fortemente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, nas Escalas de Saúde Geral e Vitalidade do Estado de Saúde.

Pela análise da Tabela 10 verifica-se também que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Físico da QdV e a Escala de Funcionamento Físico do Estado de Saúde ( $r=0,733$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Desempenho Físico ( $r=0,504$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Físico e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,824$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,855$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Vitalidade ( $r=0,737$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Físico e a Escala de Desempenho Emocional ( $r=0,523$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Físico e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,555$ ;  $p<0,05$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio Físico da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, nas Escalas de Desempenho Físico, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde, e que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio Geral da QdV se encontram fortemente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, nas Escalas de Funcionamento Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade do Estado de Saúde.

Igualmente através da análise da Tabela 10 verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio Psicológico da QdV e a Escala de Dor

Corporal do Estado de Saúde ( $r=0,599$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Saúde Geral ( $r=0,599$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Vitalidade ( $r=0,500$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Funcionamento Social ( $r=0,659$ ;  $p<0,01$ ); o Domínio Psicológico e a Escala de Saúde Mental ( $r=0,615$ ;  $p<0,01$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio Psicológico da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, nas Escalas de Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social e Saúde Mental do Estado de Saúde.

Pela análise da Tabela 10 verifica-se também que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio das Relações Sociais da QdV e a Escala de Funcionamento Social do Estado de Saúde ( $r=0,567$ ;  $p<0,05$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio das Relações Sociais da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos e acerca dos idosos, na Escala do Funcionamento Social do Estado de Saúde.

Por fim, e ainda através da análise da Tabela 10, verifica-se que existem correlações estatisticamente significativas entre: o Domínio do Ambiente da QdV e a Escala de Desempenho Físico do Estado de Saúde ( $r=0,460$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio do Ambiente e a Escala de Dor Corporal ( $r=0,502$ ;  $p<0,05$ ); o Domínio do Ambiente e a Escala de Funcionamento Social ( $r=0,595$ ;  $p<0,01$ ). Assim, isto indica-nos que melhores percepções dos cuidadores informais, acerca dos idosos, no Domínio do Ambiente da QdV se encontram moderadamente associadas a melhores percepções, por parte dos mesmos acerca dos idosos, nas Escalas de Desempenho Físico, Dor Corporal e Funcionamento Social do Estado de Saúde.

**Oitavo Objectivo: Comparar as percepções subjectivas acerca da Qualidade de Vida dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida dos mesmos**

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados extraídos da comparação das percepções subjectivas dos idosos sobre o Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida com as percepções subjectivas dos cuidadores informais sobre este mesmo domínio da Qualidade de Vida dos idosos. Esta comparação foi realizada recorrendo aos resultados das duas amostras (idosos e cuidadores informais) no Domínio das Relações Sociais do instrumento *Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve* (WHOQOL-Bref) e através da utilização do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas que não apresentam uma distribuição normal (Tabelas 3 e 4, Anexo G).

**Tabela 11 - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos do Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida com a percepção subjectiva dos Cuidadores Informais do Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida dos Idosos, através do teste de Wilcoxon (n=19)**

Percepções Subjectivas no Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida: Cuidadores Informais – Idosos				
N=19	Classificações Negativas	Classificações Positivas	Empates	Total
N	15 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	2 <sup>c</sup>	19
Resultados Médios	9,37	6,25		
Soma dos Resultados	140,50	12,50		
Resultados do Teste de Wilcoxon	Z			-3,039 <sup>d</sup>
	Sig. Exacta (2 Extremidades)			0,001

a. Percepções Subjectivas dos Cuidadores Informais sobre o Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida dos Idosos < Percepções Subjectivas dos Idosos sobre o Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida

b. Percepções Subjectivas dos Cuidadores Informais sobre o Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida dos Idosos > Percepções Subjectivas dos Idosos sobre o Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida

c. Percepções Subjectivas dos Cuidadores Informais sobre o Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida dos Idosos = Percepções Subjectivas dos Idosos sobre o Domínio das Relações Sociais da sua Qualidade de Vida

d. Com base nas Classificações Positivas

Assim, verifica-se que os cuidadores informais apresentam percepções subjectivas sobre o Domínio das Relações Sociais na Qualidade de Vida dos idosos significativamente mais baixas que as percepções subjectivas dos próprios idosos sobre

este mesmo domínio na sua Qualidade de Vida ( $M^+=6,25$ ;  $M^-=9,37$ ;  $Z=-0,039$ ;  $p<0,01$ ;  $n=19$ ).

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados extraídos da comparação das percepções subjectivas dos idosos sobre os Domínio Geral, Físico, Psicológico e Ambiente da sua Qualidade de Vida com as percepções subjectivas dos cuidadores informais sobre estes mesmos domínios da Qualidade de Vida dos idosos. Esta comparação foi realizada recorrendo aos resultados das duas amostras (idosos e cuidadores informais) ao instrumento Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve (WHOQOL-Bref) e através da utilização do teste T-Student para amostras emparelhadas que apresentam uma distribuição normal (Tabelas 3 e 4, Anexo G).

*Tabela 12 - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos dos Domínios Geral, Físico, Psicológico e Ambiente na sua Qualidade de Vida com a percepção subjectiva que os Cuidadores Informais têm acerca dos mesmos Domínios na Qualidade de Vida dos Idosos, através do teste T-Student (n=19)*

N=19	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Ambiente
<b>Média Idosos</b>	49,34	59,40	65,35	67,60
<b>Média Cuidadores Informais</b>	48,68	45,11	54,61	59,05
<b>T</b>	0,125	3,434	2,149	2,321
<b>Df</b>	18	18	18	18
<b>Sig (2 Extremidades)</b>	0,902	<b>0,003</b>	<b>0,046</b>	<b>0,032</b>

Através da Tabela 12, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção subjectiva que os idosos têm acerca dos Domínios Físico, Psicológico e Ambiente na sua Qualidade de Vida e a percepção que os cuidadores informais têm acerca destes mesmos domínios na Qualidade de Vida dos idosos. Mais especificamente, a nível do Domínio Físico verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=59,40$ ) do que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=45,11$ ) ( $t(18)=3,434$ ;  $p<0,01$ ); a nível do Domínio Psicológico verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=65,35$ ) do que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=54,61$ ) ( $t(18)=2,149$ ;

$p<0,05$ ); a nível do Domínio do Ambiente verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=67,60$ ) que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=59,05$ ) ( $t(18)=2,321$ ;  $p<0,05$ ).

**Nono Objectivo: Comparar as percepções subjectivas acerca do Estado de Saúde dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca do Estado de Saúde dos mesmos**

Na Tabela 13 apresentam-se os resultados extraídos da comparação das percepções subjectivas dos idosos sobre o seu Estado de Saúde com as percepções subjectivas dos cuidadores informais sobre o Estado de Saúde dos idosos. Esta comparação foi realizada recorrendo aos resultados das duas amostras (idosos e cuidadores informais) ao instrumento *Questionário do Estado de Saúde* (SF-36) e através da utilização do teste T-Student para amostras emparelhadas que apresentam uma distribuição normal (Tabelas 3 e 4, Anexo G).

**Tabela 13 - Comparação dos resultados obtidos em relação à percepção subjectiva dos Idosos do seu Estado de Saúde com a percepção subjectiva dos Cuidadores Informais do Estado de Saúde dos Idosos, através do teste de T-Student ( $n=19$ )**

N=19	Func. Físico	Desemp. Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Func. Social	Desemp. Emocional	Saúde Mental
<b>Média Idosos</b>	46,05	63,49	50,63	59,37	49,67	83,55	81,58	53,95
<b>Média Cuidadores Informais</b>	37,37	49,67	44,63	33,47	35,86	55,26	53,07	49,21
<b>T</b>	1,158	1,535	1,109	4,664	2,559	3,354	3,777	1,089
<b>Df</b>	18	18	18	18	18	18	18	18
<b>Sig (2Ext.)</b>	0,262	0,142	0,282	<b>0,000</b>	<b>0,020</b>	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	0,291

Na Tabela 13, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção subjectiva que os idosos têm acerca das Escalas Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social e Desempenho Emocional do Estado de Saúde e a percepção que os cuidadores informais têm acerca destas mesmas escalas do Estado de Saúde dos idosos. Mais especificamente, a nível da Escala Saúde Geral verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=59,37$ ) do que aquela que os



cuidadores lhes avaliam ( $M=33,47$ ) ( $t(18)=4,664$ ;  $p<0,01$ ); a nível da Escala Vitalidade verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=49,67$ ) do que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=35,86$ ) ( $t(18)=2,559$ ;  $p<0,05$ ); a nível da Escala Funcionamento Social verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=83,55$ ) que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=55,26$ ) ( $t(18)=3,354$ ;  $p<0,01$ ); a nível da Escala Desempenho Emocional verifica-se que os idosos referem ter uma melhor percepção subjectiva ( $M=81,58$ ) do que aquela que os cuidadores lhes avaliam ( $M=53,07$ ) ( $t(18)=3,777$ ;  $p<0,01$ ).

**Décimo Objectivo:** *Explorar, em função da Idade e do Género, se existem dissemelhanças entre a diferença das percepções subjectivas dos Idosos e as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca dos Idosos, nos diferentes instrumentos aplicados (“Avaliação da Qualidade Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve” e “Estado de Saúde”)*

- *Explorar, em função da Idade, as dissemelhanças entre a diferença das percepções subjectivas dos Idosos e as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca dos Idosos*

Para realizar esta análise a amostra de cuidadores informais foi dividida em dois grupos amostrais, os cuidadores mais novos e os cuidadores mais velhos, tendo sido definido como critério de inclusão: no grupo dos cuidadores mais novos ter idade menor ou igual a 55 anos e no grupo dos cuidadores mais velhos ter idade superior a 55 anos – foi definido como ponto de corte para estabelecimento dos grupos, os 55 anos por este valor corresponder à mediana da amostra total de cuidadores informais.

A partir deste momento, para facilitar a compreensão do leitor acerca das análises posteriores, a diferença entre os resultados obtidos pelas percepções subjectivas dos Idosos e os resultados obtidos pelas percepções subjectivas dos Cuidadores

Informais acerca dos Idosos passarão a ser reconhecidos através da sigla  $R_{ID}-R_{CI}$ . Posto isto, neste ponto da análise, procura-se saber se existem diferenças entre  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são mais novos e  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são mais velhos, nos diferentes instrumentos aplicados.

Ao analisar os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos diferentes instrumentos em função da Idade (Tabelas 20, 21 e 22, Anexo G) verificou-se que a Escala do Funcionamento Físico do SF-36 não apresentava uma distribuição normal pelo que foi utilizado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para explorar se existem diferenças entre  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são mais novos e  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são mais velhos. Para os restantes instrumentos, que revelaram ter uma distribuição normal e homogénea foi utilizado o teste T-Student.

Através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (Tabela 23, Anexo G), verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos cuidadores mais velhos e os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos cuidadores mais novos relativamente à Escala do Funcionamento Físico do Estado de Saúde (avaliado através do SF-36).

Na Tabela 14 apresentam-se as diferenças entre  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são mais novos e  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são mais velhos, nos Domínios da Qualidade de Vida e nas Escalas Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde.

*Tabela 14 - Diferenças entre os  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são Mais Novos e os  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são Mais Velhos (i.e., em Função da Idade), relativamente aos Domínios da Qualidade de Vida e às Escalas Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental do Estado de Saúde. Comparação de medianas entre duas amostras independentes, através do Teste de T-Student (n=19)*

N=19	Média de $R_{ID}-R_{CI}$ , no Caso dos Cuidadores Mais Novos	Média de $R_{ID}-R_{CI}$ , no Caso dos Cuidadores Mais Velhos	T	df	Sig. (2 Extremi- dades)
WHOQOL-Bref Domínio Geral	-6,25	8,33	-1,418	17	0,174
WHOQOL-Bref Domínio Físico	13,93	14,68	-0,088	17	0,931
WHOQOL-Bref Domínio Psicológico	7,50	14,35	-0,674	17	0,510
WHOQOL-Bref Domínio Relações Sociais	34,17	9,26	2,658	17	<b>0,017</b>
WHOQOL-Bref Domínio Ambiente	14,06	2,43	1,649	17	0,117
SF-36 Desempenho Físico	4,38	24,31	-1,113	17	0,281
SF-36 Dor Corporal	5,60	6,44	-0,076	17	0,941
SF-36 Saúde Geral	21,50	30,78	-0,827	17	0,420
SF-36 Vitalidade	3,75	25,00	-2,155	17	<b>0,046</b>
SF-36 Funcionamento Social	32,50	23,61	0,515	17	0,613
SF-36 Desempenho Emocional	20,83	37,04	-1,077	17	0,297
SF-36 Saúde Mental	0,00	10,00	-1,158	17	0,263

Através da Tabela 14 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos cuidadores mais velhos e os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos cuidadores mais novos relativamente ao Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida e à Escala da Vitalidade do Estado de Saúde.

A nível do Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida, verifica-se que os cuidadores mais novos ( $M=34,17$ ) apresentam uma maior discrepância entre  $R_{ID}-R_{CI}$  neste domínio que os cuidadores mais velhos ( $M=9,26$ ), que apresentam percepções significativamente mais semelhantes às dos idosos ( $t(17)= 2,658$ ;  $p<0,05$ ), verificando-se que são os cuidadores mais novos que estão a percepcionar este domínio da qualidade

de vida dos idosos como significativamente pior que aquele que os idosos percebem.

A nível da Escala da Vitalidade do Estado de Saúde, verifica-se que os cuidadores mais velhos ( $M=25,00$ ) apresentam uma maior discrepância entre  $R_{ID}-R_{CI}$  neste domínio que os cuidadores mais novos ( $M=3,75$ ), que apresentam percepções significativamente mais semelhantes às dos idosos ( $t(17)=-2,155$ ;  $p<0,05$ ), verificando-se que são os cuidadores mais velhos que estão a perceber esta escala do estado de saúde dos idosos como significativamente pior que aquela que os idosos percebem.

- *Explorar, em função do Género, as dissimilaridades entre a diferença das percepções subjectivas dos Idosos e as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca dos Idosos*

Neste ponto, procura-se saber se existem diferenças entre  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são do género masculino e  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores informais são do género feminino, nos diferentes instrumentos aplicados.

Ao analisar os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos diferentes instrumentos em função do Género (Tabelas 24, 25 e 26, Anexo G) verificou-se que a Escala de Saúde Geral do SF-36 não apresentava uma distribuição homogénea pelo que foi utilizado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para explorar se existem diferenças entre  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são do género masculino e  $R_{ID}-R_{CI}$  quando os cuidadores são do género feminino. Para os restantes instrumentos, que revelaram ter uma distribuição normal e homogénea foi utilizado o teste T-Student.

Através dos Testes de Wilcoxon-Mann-Whitney e do Teste de T-Student, para os diferentes instrumentos (Tabelas 27 e 28, respectivamente, Anexo G) verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos

cuidadores do género masculino e os  $R_{ID}-R_{CI}$  dos cuidadores do género feminino, relativamente aos Domínios da Qualidade de Vida e às Escalas do Estado de Saúde.

#### **4. Discussão dos Resultados**

Neste ponto apresenta-se a discussão dos resultados encontrados, para cada um dos objectivos propostos anteriormente, através da reflexão do que foi revelado neste estudo e em investigações anteriores e da proposta de algumas hipóteses explicativas para os resultados encontrados.

##### **Primeiro Objectivo: *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível Cognitivo***

Face a caracterização do nível cognitivo dos idosos verificou-se que a maioria dos idosos não apresentava sinais de estar em processo de deterioração cognitiva, à excepção de quatro indivíduos que pontuaram abaixo da pontuação esperada para o seu nível de escolaridade. Verificou-se ainda, que apesar das pontuações destes indivíduos, de forma geral os idosos apresentavam bons níveis de funcionamento cognitivo face o nível de escolaridade global da amostra (57,9% dos idosos possui apenas o 1º ciclo básico).

##### **Segundo Objectivo: *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos do seu Nível de Autonomia/Independência***

Face a caracterização do nível de autonomia/independência dos idosos verificou-se que de forma geral os idosos apresentavam bons níveis de autonomia/independência na realização das suas actividades de vida diária, sendo o valor médio bastante acima do que seria esperado face a idade global da amostra, pois 53,6% da amostra tem mais de

81 anos, sendo, então, esperado que o nível de autonomia/independência da amostra de idosos fosse relativamente mais baixo.

Neste ponto torna-se importante referir que se verificou a existência de um idoso com um nível de autonomia/independência muito mais baixo que os níveis de autonomia/independência da amostra global de idosos. Este caso poderá ser explicado pelo facto do idoso se encontrar acamado e muito limitado a nível da sua capacidade para desempenhar de forma autónoma e independente as suas actividades de vida diária, tendo sido mantido no estudo por ser interessante avaliar de forma qualitativa o impacto que o nível de autonomia/independência deste idoso está a ter no seu estado de saúde e na sua qualidade de vida. Mais à frente, este caso irá ser analisado de modo a verificar a influência que o nível de autonomia/independência deste idoso poderá estar a ter na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde, comparativamente aos resultados da amostra global de idosos.

**Terceiro Objectivo: *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre a sua Qualidade de Vida***

Face a caracterização da qualidade de vida dos idosos verificou-se que à excepção do domínio geral, os idosos classificaram a sua qualidade de vida respeitante ao domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente com valores acima do ponto médio. Mais especificamente, no domínio geral verificou-se que os idosos classificavam este domínio da sua qualidade de vida um pouco abaixo do ponto médio, dizendo-nos então que não se encontravam nem satisfeitos nem insatisfeitos com o domínio geral da sua qualidade de vida. A este nível, as pontuações dos idosos neste domínio podem ser explicadas pelo facto de este ser constituído apenas por duas questões, que por si só são pouco específicas, tendo-se verificado que os idosos apresentavam alguma dificuldade em responder a estas questões, sentindo que eram muito gerais e difíceis de classificar.

Relativamente ao domínio físico os idosos classificaram este domínio da sua qualidade de vida ligeiramente acima do ponto médio, reflectindo, então, que não se encontravam nem satisfeitos nem insatisfeitos a nível deste domínio na sua qualidade de vida, mas que se encontravam um pouco mais satisfeitos neste domínio na sua qualidade de vida (que no domínio anterior). A respeito do domínio psicológico, relações sociais e ambiente os idosos classificaram-nos acima do ponto médio, manifestando que se encontravam satisfeitos com estes domínios da sua qualidade de vida, sendo que o domínio das relações sociais foi o domínio em que os idosos revelaram estar mais satisfeitos, possivelmente devido ao facto da maioria ir diariamente ao centro de convívio da instituição onde tem a possibilidade de estabelecer relações sociais com outros idosos.

Em relação ao caso do idoso que apresentava um nível de autonomia/independência muito baixo, relativamente ao valor médio da amostra global de idosos, a nível da sua qualidade de vida verificou-se que este se apresentou insatisfeito quanto ao domínio geral e físico, mostrando aqui a interferência directa do seu nível de autonomia/independência nestes domínios da sua qualidade de vida, que são aqui classificados também abaixo dos valores médios do resto da amostra. No seu estudo, Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011), verificaram que os idosos com maior nível de independência para realizar as actividades instrumentais de vida diária apresentam uma melhor percepção de qualidade de vida. Para além disso verificou-se que o idoso se classificava como não estando nem satisfeito nem insatisfeito com o domínio ambiente na sua qualidade de vida, o que também se revela abaixo dos valores médios da amostra global, satisfeito com o domínio psicológico da sua qualidade de vida (apresentando aqui um valor médio superior ao da amostra de idosos) e muito

satisfeito com o domínio das relações sociais da sua qualidade de vida (apresentando aqui um valor médio superior ao da amostra de idosos).

**Quarto Objectivo: *Caracterizar a população da amostra de Idosos em termos da sua percepção sobre o seu Estado de Saúde***

Face a caracterização do estado de saúde dos idosos verificou-se que à excepção das escalas desempenho físico, funcionamento social e desempenho emocional, os idosos classificaram o seu estado de saúde respeitante às escalas funcionamento físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade e saúde mental com valores aproximados do ponto médio. Relativamente às escalas funcionamento físico e vitalidade verificou-se que os idosos classificavam estas escalas do seu estado de saúde ligeiramente abaixo do ponto médio, dizendo-nos, então, que não se encontravam nem satisfeitos nem insatisfeitos a nível destas escalas no seu estado de saúde. A respeito das escalas dor corporal e saúde mental verificou-se que os idosos classificavam-nas um pouco acima do ponto médio, reflectindo, então, que também não se encontravam nem satisfeitos nem insatisfeitos a nível destas escalas no seu estado de saúde. Quanto à escala saúde geral verificou-se que os idosos classificavam-na ligeiramente mais acima do ponto médio, dizendo-nos, então, que apesar de não se encontrarem nem satisfeitos nem insatisfeitos a nível desta escala no seu estado de saúde se encontravam um pouco mais satisfeitos que em relação às que foram anteriormente referidas. Em relação às escalas desempenho físico, funcionamento social e desempenho emocional verificou-se que os idosos classificavam-nas acima do ponto médio, indicando-nos: a nível do desempenho físico que os idosos se encontravam satisfeitos com a sua capacidade de trabalho e de realização de actividades diárias apesar da sua saúde física; a nível do funcionamento social que os idosos realizavam as suas actividades sociais normalmente sem que problemas de ordem física ou emocional causem interferência; e, a nível do



desempenho emocional que os idosos não apresentavam dificuldades a desempenhar actividades diárias e de trabalho devido aos seus problemas emocionais.

Em relação ao caso do idoso que apresentava um nível de autonomia/independência muito baixo, relativamente ao valor médio da amostra global de idosos, a nível do seu estado de saúde verificou-se que este se apresentou muitíssimo insatisfeito quanto à escala funcionamento físico, insatisfeito quanto à escala vitalidade, nem satisfeito nem insatisfeito quanto à escala saúde mental, satisfeito quanto às escalas dor corporal e saúde geral, e muitíssimo satisfeito quanto às escalas desempenho físico, funcionamento social e desempenho emocional no seu estado de saúde. Através da avaliação do seu grau de satisfação com as escalas física e vitalidade ficou novamente evidente a interferência directa do seu nível de autonomia/independência nestes aspectos da sua saúde, que são classificados abaixo dos valores médios do resto da amostra. Sumariamente verificou-se que este idoso se sentia extremamente limitado a nível da realização de todas as actividades físicas, apesar de sentir que isso não interferia em nada com a sua capacidade de trabalho e de realização de actividades; com dores moderadas e cansado e exausto a maior parte do tempo; nem triste nem feliz, nem calmo nem ansioso, talvez um pouco desligado, sentindo que isso não interferia em nada com a sua capacidade de trabalho e de realização de actividades; que a sua saúde era mediana; e que era capaz de realizar as suas actividades sociais normalmente sem que os problemas de ordem física ou emocional causarem interferência.

**Quinto Objectivo: *Explorar a associação entre o Nível Cognitivo, o Nível de Autonomia/Independência, a Percepção da Qualidade de Vida e a Percepção do Estado de Saúde da população da amostra de Idosos***

Os resultados deste estudo não indicaram qualquer associação estatisticamente significativamente entre o nível cognitivo e o nível de autonomia/independência, os

domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde dos idosos. Contudo, é plausível que a falta de associação entre o nível cognitivo e o nível de autonomia/independência, os domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde seja devida não só ao facto de se procurar associar instrumentos com constructos completamente diferentes como também ao facto da nossa amostra ser composta apenas por indivíduos sem défice cognitivo ou com níveis mínimos, i.e., sem indivíduos com grandes níveis de défices cognitivos que pudessem vir a apresentar piores níveis de autonomia/independência, qualidade de vida e estado de saúde, em função da sua deterioração cognitiva, tal como é referido na literatura. Beckert e colaboradores (2012) referem que quando o funcionamento cognitivo dos sujeitos fica prejudicado ocorrem também alterações a nível da percepção que o idoso tem da sua qualidade de vida e Kwa e colaboradores (1996) referem que o funcionamento cognitivo é um factor influente na qualidade de vida dos indivíduos devido a limitar a actividade social e actividades de lazer, para além de poder afectar capacidade dos indivíduos para desempenharem as suas actividades de vida diária.

A nível da associação entre o nível de autonomia/independência e os domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde verificou-se que existiam associações estatisticamente significativas entre o nível de autonomia/independência e o domínio geral e físico da qualidade de vida e as escalas funcionamento físico e vitalidade do estado de saúde. Relativamente à associação entre o nível de autonomia/independência e o domínio geral e físico da qualidade de vida verificou-se que estas associações eram positivas e moderadas, i.e., que elevados níveis de autonomia/independência se encontravam moderadamente associados a melhores percepções por parte dos idosos do domínio geral e físico da sua qualidade de vida. Mais especificamente verificou-se que dada a proximidade dos constructos, a

associação entre o nível de autonomia/independência e o domínio físico da qualidade de vida revelou ser estatisticamente mais significativa e mais elevada que a associação entre o nível de autonomia/independência e o domínio geral. Os resultados encontrados vão de encontro aos de Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011) que verificaram que os idosos com um maior nível de independência apresentavam uma melhor percepção de qualidade de vida. Relativamente à associação entre o nível de autonomia/independência e as escalas de funcionamento físico e vitalidade verificou-se que estas associações eram positivas e moderadas, i.e., que elevados níveis de autonomia/independência se encontravam moderadamente associados a melhores percepções por parte dos idosos nas escalas funcionamento físico e vitalidade do seu estado de saúde. Neste sentido, é possível que esta associação derive primeiro da ligação entre os constructos do nível de autonomia/independência e do funcionamento físico, pois o nível de autonomia/independência é avaliado através da capacidade do idoso para realizar actividades básicas da vida diária, a escala funcionamento físico é avaliada através da capacidade do idoso para realizar tanto actividades mais básicas como também mais exigentes; e, segundo, do facto dos idosos terem a percepção que precisam de ter energia e vitalidade (que nos é dada pela escala vitalidade) para que consigam realizar estas actividades.

A nível da associação entre os domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde verificou-se que existiam associações estatisticamente significativas entre várias escalas e domínios. Concretamente verificou-se que o domínio geral e físico se associavam de forma estatisticamente significativa com a escala funcionamento físico e que o domínio geral, físico e psicológico se associavam de forma estatisticamente significativa com as escalas dor corporal, saúde geral, vitalidade e saúde mental. A nível da força das correlações estas variavam entre moderadas e fortes, sendo que foram todas

positivas, mostrando que estes domínios e escalas parecem ter impacto uns nos outros, dada não só a proximidade dos constructos internos dos domínios/escalas dos dois instrumentos como também do construto geral que os instrumentos estão a avaliar.

Curiosamente, apesar de se ter verificado que o domínio das relações sociais e a escala do funcionamento social foram classificados, em cada instrumento, como os mais satisfatórios para a qualidade de vida e estado de saúde dos idosos, respectivamente, não se verificaram aqui associações entre estes dois domínios.

Neste ponto da análise parece ser interessante atendermos ao nível de autonomia/independência, ao domínio físico e à escala de funcionamento físico dos idosos que como se verificou se encontravam todos moderadamente associados entre si. Atendendo aos resultados verificou-se que os valores do domínio físico e da escala funcionamento físico eram dos mais baixos dentre os domínios/escalas de cada instrumento e foram classificados como nem satisfatórios nem insatisfatórios, i.e., a informação dada pelos idosos a nível do domínio físico e da escala funcionamento físico, apesar de associada a um nível moderado, parecia ser bastante congruente entre si. Contudo, quando se tenta comparar estes resultados com os do nível de autonomia/independência dos idosos já parece existir alguma discrepância entre os elevados resultados do nível de autonomia/independência dos idosos e os moderados resultados do domínio físico e da escala funcionamento físico. Parece plausível pensar que isto advenha, primeiro, do grau de dificuldade das actividades, pois o nível de autonomia/independência é avaliado através da capacidade do idoso para realizar actividades básicas da vida diária, para os quais têm mais facilidade, a escala funcionamento físico é avaliada através da capacidade do idoso para realizar actividades não só mais básicas como também mais exigentes (mais instrumentais); e segundo, do facto de capacidade não ser sinonimo de satisfação, pois o nível de

autonomia/independência é avaliado através da capacidade do idoso para realizar actividades básicas da vida diária e o domínio físico é avaliado através da satisfação do idoso com as suas capacidades físicas. Assim, verifica-se que apesar dos idosos conseguirem realizar a maioria das actividades básicas da vida diária, a sua capacidade funcional não parece ser suficiente para conseguirem realizar também actividades mais exigentes como “*Andar mais de 1km*”, e não estejam satisfeitos com as suas capacidades físicas globais.

De forma sumária, verificou-se, então, que existiam algumas associações estatisticamente significativas entre o nível de autonomia/independência, os domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde que levaram à conclusão que a percepção que os idosos têm acerca do seu nível de autonomia/independência, da sua qualidade de vida e do seu estado de saúde se encontrava associada, não se podendo verificar o mesmo em relação ao nível cognitivo.

**Sexto Objectivo: *Explorar, em função da Idade e do Agregado Habitacional, se existem diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados aos Idosos***

A este nível, os resultados deste estudo revelaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas, em função da idade ou do agregado habitacional dos idosos nos resultados obtidos pelos mesmos nos diferentes instrumentos, i.e., verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos idosos mais velhos e dos idosos mais novos, assim como entre os resultados dos idosos que viviam sozinhos e dos idosos que viviam acompanhados. Assim é plausível de se assumir: que os idosos mais novos apresentaram resultados médios idênticos aos dos idosos mais velhos, nos diferentes instrumentos aplicados; e, que os idosos que vivem

sozinhos também apresentaram resultados médios idênticos aos idosos que vivem acompanhados nos diferentes instrumentos aplicados.

Fundamentalmente era esperado que existissem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos nos diferentes instrumentos em função da idade pois Neri (2004) refere que o avançar da idade nos mais velhos, traz consigo um aumento das perdas físicas e cognitivas dos mesmos; e, Fonseca e colaboradores (2005) que referem que verificaram que os idosos mais velhos apresentavam uma pior percepção de qualidade de vida; para além do facto da incidência de doenças crónicas, degenerativas e/ou incapacitantes poder levar consequentemente a que a percepção do estado de saúde do idoso sofra também alterações. Contudo, a este nível, os dados deste estudo mostraram-se a favor da idade cronológica não ser um marcador preciso das mudanças que acompanham o envelhecimento do indivíduo, podendo existir diferenças significativas a nível do estado de saúde e do nível de independência entre idosos que possuam a mesma idade (WHO, 2002/2005), facto este que apesar de não ser significativo se manifesta, por exemplo, pelo nível de autonomia/independência dos idosos mais velhos da nossa amostra ter sido superior ao dos idosos mais novos (Tabela 8, Anexo G). Uma das explicações possíveis para não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, em função da idade ou do agregado habitacional dos idosos nos resultados obtidos nos diferentes instrumentos é o facto da dimensão da amostra em estudo ser muito pequena, levando, por exemplo, a que existisse pouca dispersão entre as idades dos idosos.

**Sétimo Objectivo: *Explorar a associação entre a Percepção que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida e do Estado de Saúde dos Idosos***

Neste ponto da análise verificou-se que existiam bastantes associações estatisticamente significativas entre os vários domínios da qualidade de vida e as escalas

do estado de saúde. Assim, verificou-se que o domínio geral e o domínio psicológico se associavam de forma estatisticamente significativa com as escalas funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Uma explicação que parece plausível para as associações encontradas entre o domínio físico e as escalas desempenho físico, dor corporal, saúde geral e vitalidade é a ligação que existe intrinsecamente entre os constructos que são avaliados em cada escala/domínio. Relativamente às associações entre o domínio físico e a escala de desempenho emocional e saúde mental uma explicação possível será o facto dos cuidadores informais percepcionarem que o domínio físico da qualidade de vida dos idosos e as escalas de desempenho emocional e saúde mental do estado de saúde dos idosos se influenciam de alguma forma entre si.

Para além disso, verificou-se a associação moderada entre o domínio psicológico e as escalas dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Verificou-se que o domínio das relações sociais se encontrava associado de forma moderada à escala funcionamento físico. E, por fim, verificou-se que existiam associações moderadas entre o domínio ambiente e as escalas desempenho físico, dor corporal e funcionamento social. De forma sumária, verificou-se, então, que existiam algumas associações estatisticamente significativas entre os domínios da qualidade de vida e as escalas do estado de saúde, o que levou a concluir que a percepção que os cuidadores informais têm acerca da qualidade de vida e do estado de saúde dos idosos se encontrava associada. A explicação para as associações encontradas é o facto, de acordo com Huang e colaboradores (2006), o instrumento que avaliava a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) ter como construto de avaliação a qualidade de vida global e o instrumento que avaliava o estado de saúde (SF-36) ter como construto de avaliação a

qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo então o segundo uma derivação do primeiro.

**Oitavo Objectivo: *Comparar as percepções subjectivas acerca da Qualidade de Vida dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca da Qualidade de Vida dos mesmos***

Ao se realizar o estudo da comparação das percepções subjectivas acerca da qualidade de vida dos idosos com as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca da qualidade de vida dos mesmos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente, o que vai de encontro aos estudos desenvolvidos por Bassett e colaboradores (1990), Zweibel e Lydens (1990), Magaziner e colaboradores (1996) e Trentini e colaboradores (2006) que verificaram que as percepções dos cuidadores acerca da qualidade de vida do idoso não se revelavam congruentes com as do mesmo.

Relativamente às diferenças encontradas, verificou-se que os cuidadores percepcionavam os domínios da qualidade de vida do idoso como sendo significativamente menores do que aqueles que eram percepcionados pelo próprio. Isto vai de encontro ao estudo desenvolvido por Trentini e colaboradores (2006), que verificaram que os cuidadores percepcionavam a qualidade de vida do idoso como sendo significativamente menor que aquela que era percepcionada pelo próprio.

Acerca do que pode ter levado à incongruência entre as percepções do cuidador nos vários domínios da qualidade de vida do idoso e a que era percepcionada pelo próprio idoso, a um primeiro nível pode ter sido devido à subjectividade do próprio conceito de qualidade de vida e à consequente subjectividade intrínseca aos vários domínios que compõem o instrumento (Fitsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Stone & Shiffman, 2002), pois o grau de concordância entre as perspectivas do cuidador



e do sujeito parece ser altamente dependente do quão concreto, objectivo e facilmente observável, é o que está a ser avaliado (Crandall, 1976; Essen, 2004; Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Milne, Mulder, Beelen, Schofield, Kempen & Aranda, 2005; Oliveira & Pimentel 2008); e, a um segundo nível, os cuidadores poderem estar a empregar, implicitamente, na sua resposta ao instrumento, as suas próprias percepções sobre a qualidade de vida (Sainfort, Becker & Diamond, 1996).

Em relação ao domínio geral não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as percepções do idoso e as percepções do cuidador informal acerca do mesmo. Neste sentido, é plausível assumir que as percepções subjectivas dos idosos acerca do domínio geral da sua qualidade de vida se revelaram congruentes com as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca deste domínio na qualidade de vida dos idosos. Uma explicação possível para esta congruência poderá advir do facto de este domínio ser composto por apenas duas questões muito gerais e a tendência dos sujeitos ter sido, consequentemente, optar por dar respostas a um nível mais central.

***Nono Objectivo: Comparar as percepções subjectivas acerca do Estado de Saúde dos Idosos com as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca do Estado de Saúde dos mesmos***

Ao se realizar o estudo da comparação das percepções subjectivas acerca do estado de saúde dos idosos com as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca do estado de saúde dos mesmos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas escalas da saúde geral, vitalidade, funcionamento social e desempenho emocional.

Relativamente às diferenças encontradas, verificou-se que os cuidadores percepcionavam as escalas saúde geral, vitalidade, funcionamento social e desempenho

emocional do estado de saúde do idoso como sendo significativamente menores do que aquelas que eram percebidas pelo próprio. Isto vai de encontro aos estudos desenvolvidos por Bassett e colaboradores (1990), Zweibel e Lydens (1990), Magaziner e colaboradores (1996), que verificaram que os cuidadores percebiam os idosos pior do que eles estavam.

Acerca do que pode ter levado à incongruência entre as percepções do cuidador nestas escalas no estado de saúde do idoso e a que era percebida pelo próprio idoso, a um primeiro nível pode ter sido devido ao facto destas escalas serem compostas por questões a que cuidador dificilmente consegue ter acesso através de uma observação independente, sendo que o grau de concordância entre as perspectivas do cuidador e do sujeito parece ser altamente dependente do quão concreto, objectivo e facilmente observável, é o que está a ser avaliado (Crandall, 1976; Essen, 2004; Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Milne, Mulder, Beelen, Schofield, Kempen & Aranda, 2005; Oliveira & Pimentel 2008); e, a um segundo nível, ao facto de ser plausível que os idosos possam de um modo não intencional exagerar na frequência e intensidade com que reportam aos cuidadores a sua insatisfação com o seu estado de saúde, levando os cuidadores a perceberem o estado de saúde do idoso como pior do que ele é, pois de acordo com a Secretaria Municipal de Santos (2003), a diminuição da capacidade do idoso se adaptar às mudanças, a que está sujeito no processo de envelhecimento, e de lidar com a frustração da sua própria incapacidade parece levar a um aumento da frequência com que as queixas são feitas ao cuidador.

Em relação às escalas funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e saúde mental não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as percepções do idoso e as percepções do cuidador informal acerca do mesmo. Neste sentido, é plausível assumir que as percepções subjectivas dos idosos nas escalas

funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e saúde mental no seu estado de saúde se revelaram congruentes com as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm nas mesmas escalas no estado de saúde dos idosos. Uma explicação possível para a congruência encontrada entre as percepções dos idosos e dos seus cuidadores a respeito destas escalas poderá ser o facto do que está a ser avaliado ser mais tangível de ser observado ou induzido/deduzido pelo cuidador perante os indicadores que o idoso lhe vai fornecendo sobre o seu estado de saúde actual (Crandall, 1976).

**Décimo Objectivo:** *Explorar, em função da Idade e do Género, se existem dissemelhanças entre a diferença das percepções subjectivas dos Idosos e as percepções subjectivas que os Cuidadores Informais têm acerca dos Idosos, nos diferentes instrumentos aplicados*

A este nível, os resultados deste estudo revelaram que, em função da idade, e relativamente ao domínio das relações sociais da qualidade de vida e à escala da vitalidade do estado de saúde, existiam dissemelhanças estatisticamente significativas na diferença entre as percepções subjectivas dos idosos e as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca dos mesmos. Por outras palavras, verificou-se que existiam dissemelhanças estatisticamente significativas em relação à diferença entre as percepções dos idosos acerca do domínio das relações sociais na sua qualidade de vida e da escala da vitalidade no seu estado de saúde e as percepções dos cuidadores acerca destes aspectos na qualidade de vida e estado de saúde do idoso, quando os cuidadores eram mais novos ou mais velhos.

A respeito do domínio das relações sociais na qualidade de vida dos idosos, verificou-se que quando comparadas as diferenças das percepções dos cuidadores acerca deste domínio na qualidade de vida dos idosos (com as dos idosos), os cuidadores mais

novos apresentavam diferenças estatisticamente significativas dos cuidadores mais velhos. Assim, verificou-se que os cuidadores mais novos apresentavam uma maior discrepância entre as suas percepções e as percepções dos idosos comparativamente aos cuidadores mais velhos que apresentavam percepções significativamente mais semelhantes às percepções dos idosos (a nível do domínio das relações sociais). Posto isto, é possível que sejam as percepções dos cuidadores mais novos que estejam a influenciar a discrepância anteriormente encontrada entre as percepções subjectivas dos idosos e as percepções subjectivas dos cuidadores informais acerca dos mesmos, pois são os cuidadores mais novos que estão a perceber este domínio da qualidade de vida dos idosos como significativamente pior que aquele que os idosos percebem. Assim, conclui-se que a Idade dos cuidadores pode estar a ser um dos factores explicativos da diferença encontrada entre as percepções dos cuidadores no domínio das relações sociais e as percepções dos idosos neste mesmo domínio na sua qualidade de vida. Neste sentido, é possível que a idade dos cuidadores esteja a ser influente nas suas percepções sobre o domínio das relações sociais da qualidade de vida dos idosos, pelo facto dos cuidadores mais velhos terem uma maior experiência de vida que os permite aproximarem-se mais dos idosos e assim compreenderem melhor a influência que determinadas expectativas, crenças e valores podem ter nas relações sociais da qualidade de vida dos idosos e consequentemente virem a apresentar uma maior congruência entre percepções.

A respeito da escala da vitalidade no estado de saúde dos idosos, verificou-se que quando comparadas as diferenças das percepções dos cuidadores acerca desta escala no estado de saúde dos idosos (com as dos idosos), os cuidadores mais velhos apresentavam diferenças estatisticamente significativas relativamente aos cuidadores mais novos. Assim, verificou-se que os cuidadores mais velhos apresentavam uma

maior discrepância entre as suas percepções e as percepções dos idosos comparativamente aos cuidadores mais novos que apresentavam percepções significativamente mais semelhantes às percepções dos idosos (a nível da escala da vitalidade). Posto isto, é possível que sejam as percepções dos cuidadores mais velhos que estejam a influenciar a discrepância anteriormente encontrada entre as percepções subjectivas dos idosos e as percepções subjectivas dos cuidadores informais acerca dos mesmos, pois são os cuidadores mais velhos que estão a perceber esta escala do estado de saúde dos idosos como significativamente pior que aquela que os idosos percebem. Assim, conclui-se que a Idade dos cuidadores pode estar a ser um dos factores explicativos da diferença encontrada entre as percepções dos cuidadores na escala da vitalidade e as percepções dos idosos nesta mesma escala no seu estado de saúde.

Em função do género dos cuidadores, os resultados deste estudo não revelaram qualquer dissemelhança estatisticamente significativa na diferença entre as percepções subjectivas dos idosos e as percepções subjectivas que os cuidadores informais têm acerca dos mesmos. Por outras palavras, verificou-se que não existiam dissemelhanças estatisticamente significativas em relação à diferença entre as percepções dos idosos acerca dos vários domínios na sua qualidade de vida e as várias escalas no seu estado de saúde e as percepções dos cuidadores acerca destes aspectos na qualidade de vida e estado de saúde do idoso, quando os cuidadores eram do género masculino ou do género feminino. Assim, é plausível assumir-se a existência de congruência entre as percepções dos cuidadores informais de ambos os géneros acerca dos vários domínios da qualidade de vida e das várias escalas do estado de saúde dos idosos, não sendo, então, o género, um dos factores explicativos das diferenças encontradas entre as percepções dos cuidadores acerca do idoso e as percepções do próprio.

## **5. Conclusões Finais**

Neste ponto irão ser apresentadas as principais conclusões e implicações dos resultados, as limitações e considerações éticas deste estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

### **5.1. Principais Conclusões e Implicações dos Resultados**

O presente estudo teve como objectivo conhecer a Qualidade de Vida e o Estado de Saúde de uma amostra de idosos e analisar a relação existente entre a perspectiva subjectiva dos idosos sobre a sua Qualidade de Vida e Estado de Saúde e a perspectiva dos cuidadores informais.

Deste modo, conclui-se que os idosos percebem a sua Qualidade de Vida e o seu Estado de Saúde globalmente acima do ponto médio do instrumento, sendo neste sentido uma percepção de Qualidade de Vida e Estado de Saúde moderada. Para além disso, verifica-se que os idosos apresentam bons níveis de funcionamento cognitivo e de autonomia/independência.

No que diz respeito à Qualidade de Vida dos idosos conclui-se que esta é moderada, sendo o Domínio das Relações Sociais o que apresenta maior percepção de satisfação e o Domínio Geral o que está mais comprometido, tendo uma menor percepção de satisfação. Em relação ao Estado de Saúde dos idosos conclui-se que este também é moderado, sendo a Escala de Funcionamento Social a que apresenta maior percepção de satisfação e a Escala de Funcionamento Físico a que está mais comprometida, tendo uma menor percepção de satisfação. Assim, apesar dos idosos perceberem a sua Qualidade de Vida e o seu Estado de Saúde como moderados não deixam de se sentir de alguma forma fisicamente comprometidos. Estes resultados permitem concluir que apesar do número de idosos a viver cada vez mais anos ser cada

vez maior, estes indivíduos não apresentam elevados níveis de qualidade de vida e do estado de saúde.

Relativamente à associação entre o Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência, Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde, verificou-se que, à excepção do Nível Cognitivo que não apresenta associações com nenhum dos constructos, o Nível de Autonomia/Independência, a Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde encontram-se de forma global moderadamente associados entre si. Através destes resultados conclui-se que, à excepção do Nível Cognitivo, parece existir uma influência positiva e moderada entre os vários constructos avaliados.

No que respeita à influência da Idade e do Agregado Habitacional dos idosos no seu Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência, Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde verifica-se que os resultados deste estudo não conseguem provar tal associação pelo que se conclui que estes factores não demonstram estar a ter impacto no Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência, Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde dos idosos.

Em relação à associação entre a percepção que os cuidadores informais têm acerca da Qualidade de Vida e do Estado de Saúde dos idosos, verifica-se que de forma global estas duas percepções dos cuidadores informais encontram-se positivamente e moderadamente associadas entre si pelo que se conclui que parece existir uma influência positiva e moderada entre a percepção que os cuidadores informais têm acerca da Qualidade de Vida e do Estado de Saúde dos idosos.

No que concerne à comparação das percepções da Qualidade de Vida dos idosos e as percepções da Qualidade de Vida que os cuidadores informais têm acerca dos mesmos, conclui-se que os cuidadores informais depreciam a Qualidade de Vida dos

idosos em todos os Domínios à excepção do Domínio Geral em que não se verifica incongruência entre as percepções dos idosos e as percepções que os cuidadores informais têm acerca deste Domínio na Qualidade de Vida dos mesmos.

No que diz respeito á comparação das percepções do Estado de Saúde dos idosos e as percepções do Estado de Saúde que os cuidadores informais têm acerca dos mesmos, conclui-se que os cuidadores depreciam o Estado de Saúde dos idosos nas Escalas de Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social e Desempenho Emocional, pelo que não se verifica incongruência entre as percepções das Escalas de Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Mental do Estado de Saúde dos idosos e as percepções que os cuidadores informais têm acerca das mesmas Escalas no Estado de Saúde dos mesmos.

Relativamente à influência da Idade e do Género dos cuidadores informais nas diferenças entre as percepções dos idosos acerca do seu Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência, Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde e as percepções dos cuidadores no Nível Cognitivo, Nível de Autonomia/Independência, Percepção de Qualidade de Vida e Percepção de Estado de Saúde dos idosos verifica-se que a Idade dos cuidadores parece ser um dos factores explicativos da diferença encontrada entre as percepções dos cuidadores no Domínio das Relações Sociais da Qualidade de Vida e na Escala da Vitalidade do Estado de Saúde dos idosos e as percepções dos idosos neste mesmo Domínio da sua Qualidade de Vida e Escala do seu Estado de Saúde; e, verifica-se que Género dos cuidadores não é explicativo da diferença encontrada entre as percepções dos cuidadores nos Domínios da Qualidade de Vida e nas Escalas do Estado de Saúde dos idosos e as percepções dos idosos nos Domínios da sua Qualidade de Vida e Escalas do seu Estado de Saúde.



## 5.2. Limitações da Investigação

A primeira limitação deste estudo reside no facto da amostra ser extremamente reduzida, não sendo representativa deste tipo de população, o que limita a interpretação dos resultados e impede a sua generalização à população geral dos idosos e dos seus cuidadores informais.

A segunda limitação encontra-se ligada à primeira, e consiste no facto da população de cuidadores informais não ter sido de fácil acesso pois estes encontravam-se a maior parte do tempo em actividades laborais ou em actividades de lazer pelo que por vezes ou não lhes era oportuno a participação no estudo ou se esqueciam de preencher ou completar os questionários, tendo esta amostra sido constituída com base nas possibilidades espaço-temporais da investigadora e dos cuidadores informais

## 5.3. Considerações Éticas

Em relação às considerações éticas deste estudo foram salvaguardados todos os direitos dos participantes da amostra de idosos e dos respectivos cuidadores informais, através do preenchimento de um protocolo de consentimento informado, em que lhes foi explicado os objectivos do estudo, a confidencialidade das suas respostas, a participação voluntária sem benefícios directos ou indirectos e o facto de não serem prejudicados por não quererem participar no estudo ou querer desistir a qualquer momento.

## 5.4. Sugestões para Futuras Investigações

Como sugestão para futuras investigações fica primeiramente a necessidade fazer uma replicação do estudo de modo a se poder validar e tentar generalizar os resultados obtidos neste estudo. Esta necessidade pretende-se com o facto de existir pouca literatura em Portugal sobre a análise da congruência entre a perspectiva que o

idoso tem da sua Qualidade de Vida e Estado de Saúde e a perspectiva do cuidador informal tem da Qualidade de Vida e Estado de Saúde do idoso, sendo que poderia ser aqui interessante explorar também a influência da perspectiva do cuidador sobre a sua própria Qualidade de Vida e Estado de Saúde com as restantes. Outra possibilidade seria o desenvolvimento de um estudo longitudinal que explorasse as alterações das percepções subjectivas dos idosos e dos seus cuidadores sobre a Qualidade de Vida e o Estado de Saúde dos idosos e que aprofundasse a influência do avançar da idade dos idosos e dos cuidadores nas suas percepções. Para além disso, seria interessante explorar a temática da sobrecarga e a sua influência nas percepções dos cuidadores acerca da Qualidade de Vida e o Estado de Saúde dos idosos e na prestação de cuidados ao idoso.

## 6. Bibliografia

Alvarenga, L. N., Kiyan, L., Bitencourt, B. & Wanderley, K. S. (2009, Dezembro). Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43 (4), 796-802.

Amendola, F., Oliveira, M. A. & Alvarenga, M. R. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17 (2), 266-272.

Araújo, F, Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Bassett, S. S., Magaziner, J. & Hebel, J. R. (1990). Reability of Proxy Response on Menatal Health Indices for Aged, Community-Dwelling Women. *Psychology and Aging*, 5 (1), 127-132.

Beckert, M., Irigaray, T. Q. & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (2), 155-162.

Bowling, A., Banister, D. & Sutton, S. (2002). A multidimensional model of quality of life in older age. *Aging and Mental Health*, 6 (4), 355–371.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação

da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 15-23.

Carvalho, M. L. & Rodrigues-Ferreira, T. (2011). Qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio. In Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida: Uma Meta a Atingir* (pp. 332-339). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Claes, C., Vandevelde, S., Hove, G. V., Loon, J. V., Verschelden, G. & Schalock, R. (2012). Relationship between Self-Report and Proxy Ratings on Assessed Personal Quality of Life-Related Outcomes. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9 (3), 159-165.

Crandall, R. (1976). Validation of Self-Report Measures Using Ratings by Others. *Sociological Methods & Research*, 4 (3), 380-400.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004, 2 de Julho). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Epstein, A. M., Hall, J. A., Tognetti, J., Son, L. & Conant, L. (1989). Using Proxies to Evaluate Quality of Life. *Medical Care*, 27 (3), 91-98.

Essen, L. V. (2004). Proxy Rating of Patient Quality of Life: Factors Related to Patient – Proxy Agreement. *Acta Oncológica*, 43 (3), 229-234.

Fernández-Mayoralas, G. (2007) El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores., Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 74. Retirado de <http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/fernandezmayoralas-significado.pdf>

Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado

Publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Ferreira, O. G., Maciel, S. C., Costa, S. M., Silva, A. O. & Moreira, M. A. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21 (3), 513-518.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Fitzsimmons, D., George, S., Payne, S. & Johnson, C. D. (1999). Differences in perception of the quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psycho-oncology*, 8, 135-143.

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2005). A Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal. In C. Paúl & A. M. FONSECA (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Gonçalves, D. P. (2012). *Qualidade de Vida, Funcionamento Cognitivo e Adesão em idosos: Um Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado Publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Guerreiro, M. (2010). Testes de Rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1994a). Adaptação à população portuguesa na tradução do "MiniMental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1994b). Avaliação Breve do Estado Mental. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Coord.), *Escala e Testes na Demência* (2ª ed.) (pp. 31-36). Lisboa: Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demência.

Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.

Huang, C., Wu, A. W. & Fragakis, C. (2006). Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Quality of Life Research*, 15 (1), 15-24.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013, 29 de Outubro). *Estatísticas Demográficas 2012*. Retirado de [file:///D:/Transfer%C3%A2ncias/Pub\\_Est\\_Demograficas2012.pdf](file:///D:/Transfer%C3%A2ncias/Pub_Est_Demograficas2012.pdf)

Kwa, V. I., Limburg, M. & Haan, R. J. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *Journal of Neurology*, 243 (8), 599-604. Retirado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00900948>

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A. M. FONSECA (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Laranjeira, C. (2007, Setembro). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 327-332.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L. (2002). Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64 (3), 510-519.

Loureiro, H., Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012, Dezembro). Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 47-56.

Magaziner, J., Bassett, S. S., Hebel, J. R. & Gruber-Baldini, A. (1996). Use of Proxies to Measure Health and Functional Status in Epidemiologic Studies of Community-dwelling Women Aged 65 Years and Older. *American Journal of Epidemiology*, 143 (3), 283-292.

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paúl & A. M. Fonsenca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 179-202). Lisboa: Climepsi Editores.

Milne, D. J., Mulder, L. L., Beelen, H. C., Schofield, P., Kempen, G. I. & Aranda, S. (2005). Patients' self-report and family caregivers' perception of quality of life in patients with advanced cancer: how do they compare?. *European Journal of Cancer Care*, 15, 125-132.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (1999, Dezembro). Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* - Portaria no.1395, 237-E, Secção 1:20. Retirado de [http://www.ufrgs.br/3idade/?page\\_id=117](http://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117)

Moyle, W., Murfield, J. E., Griffiths, S. G. & Venturato, L. (2011). Assessing quality of life of older people with dementia: a comparison of quantitative self-report and proxy accounts. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (10), 2237-2246.

Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C. & Vale, A. R. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (4), 514-517.

Neri, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1), 69-80.

Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos – uma revisão do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 211-219.

Oliveira, A. & Pimentel, F. L. (2008). Qualidade de Vida dos Doentes Oncológicos: Avaliada pelo Próprio e pelo Cuidador. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 125-134.

Oliveira, M., Queirós, C. & Guerra, M. P. (2007). O conceito de Cuidador Analisado numa Perspectiva Autopoética: do Caos à Autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.

Paiva, V. M. (1986). A velhice como face do desenvolvimento humano. *Rev. psicol.*, 4(1), 15-23.

Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. FONSENCA (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. FONSENCA (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, R. A., Santos, E. B., Fhon, J. R., Marques, S. & Rodrigues, R. A. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47 (1), 185-192.



Ribeiro, J. L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (1ª ed.) (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Rothman, M., Hedrick, S.C., Bulcroft, K. A., Hickam, D. H. & Rubenstein, L. (1991). The Validity of Proxy-Generated Scores as Measures of Patient Health Status. *Medical Care*, 29 (2), 115-124.

Sainfort, F., Becker, M. & Diamond, R. (1996). Judgments of Quality of Life of Individuals With Severe Mental Disorders: Patient Self-Report Versus Provider Perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 153 (4), 497-502.

Secretaria Municipal de Santos (2001). Manual de Cuidadores de Idosos. Retirado de [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/manualcuidaridosoBr.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/manualcuidaridosoBr.pdf)

Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Silva, H. S., Lima, A. M. & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (35), 867-877.

Silva, M. E. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. In C. Paúl & A. M. FONSENCA (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.) (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

Simões, P. J. (2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*. Dissertação de Mestrado Publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Stone, A. A. & Shiffman, S. (2002). Capturing Momentary, Self-Report Data: A Proposal for Reporting Guidelines. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (3), 236-243.

Trentini, C. M., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Hirakata, V. N. & Fleck, M. P. A. (2006). A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 191-197.

Trentino, A. C., Damasceno, E. P. & Vieira, L. M. (2009). Avaliação do nível de estresse e da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes idosos internados em Hospital de Retaguarda. *Omnia Saúde*, 6 (1), 14-26.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

Walter, A. & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *Eur. J. Ageing*, 6, 61-66.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gintijo, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Obra original publicada em 2002). Retirado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

Zweibel, N. & Lydens, L. A. (1990). Incongruent Perceptions of Older Adult/Caregiver Dyads. *Family Relations*, 39 (1), 63-67.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

---

### **Pedido de Autorização de Recolha de dados**

Lisboa, 3 de Dezembro de 2013

Exma. Sra. Dra. Isabel Serras

Assunto: Pedido de Autorização para a recolha de dados na Instituição Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França

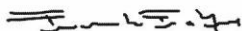
Enquanto orientador de dissertações de mestrado, a serem realizadas no contexto do Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar que seja concedida autorização a duas das minhas mestrandas para proceder à recolha de dados no CSP-Penha de França.

No sentido de tornar claro o enquadramento do objeto de estudo associado a este pedido, junta-se em anexo uma súmula da fundamentação teórica, objetivos e metodologia seguidos neste projeto.

Agradecendo desde já a vossa atenção, disponibilizo-me para mais esclarecimentos, se necessário, através dos seguintes contactos:

E-mail: [ffradique@fp.ul.pt](mailto:ffradique@fp.ul.pt)

Móvel: 939332103



Fernando C. S. A. Fradique, Professor Associado da FP

## **Fundamentação Teórica**

### **1.1. O Envelhecimento Humano**

Ser-se idoso não é, tal como o foi no passado, uma situação excecional e tende a tornar-se cada vez mais vulgar (Rosa, 1993). Mais do que qualquer outra época, o século XX caracterizou-se por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo médio de vida da população, em cerca de 30 anos, como o facto mais significativo no âmbito da saúde pública mundial (Veras & Caldas, 2004).

Segundo a DGS (2004), o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo que se traduz no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, e que com ele apresenta sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos.

Caracterizado pelo declínio de certas capacidades e mudanças nos aspetos biopsicossociais, é exigido no envelhecer uma série de ajustamentos pessoais e sociais. Além das evidentes perdas biológicas e físicas, algumas questões sociais e psicológicas aparecem também como cruciais nesta fase do ciclo vital: as mudanças de papéis que ocorrem no seio da família, no trabalho e sociedade podem gerar conflitos no ser que envelhece (Bortolanza, Krahl & Biasus, 2005). Concretamente, a passagem de vida ativa para a reforma significa não só a cessação da atividade produtiva e a perspectiva de que o idoso não é mais produtor de bens e serviços, como também a perda de contacto com os colegas de trabalho. Há assim uma transformação do estatuto do indivíduo, que passa de produtivo para improdutivo ou de ativo para inativo, e que pode conduzir à sua marginalização nos contextos sociais pautados pelo valor produtivo (Cavan et al, 1949, cit. por Torres & Marques, 2008). Nesta fase, também se experimentam outras perdas desde a fragilidade da condição económica e a perda de parentes e amigos. Deste modo, o processo de envelhecimento acarreta alterações na vida quotidiana dos indivíduos, exigindo uma adaptação a novas vivências e situações, que, frequentemente podem levar ao enfraquecimento ou perda das relações sociais, favorecendo o isolamento do idoso (Bortolanza, Krahl & Biasus, 2005).

### **1.2. Envelhecer com Qualidade de Vida**

Se o prolongamento do tempo médio de vida da população é uma aspiração de qualquer sociedade, passa a ser também o grande desafio do século XXI: apesar de a ciência ter alcançado a proeza inédita de aumentar significativamente a duração média do tempo de vida, não tornou claro o modo como se deverá viver esse suplemento pois viver mais não é, necessariamente, viver melhor (Laranjeira, 2007). Assim, diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecimento (Vecchi, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

O conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchi., Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Em 1994, a OMS definiu qualidade de vida como a *“percepção do indivíduo sobre a sua posição e satisfação na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, aspirações, expectativas, padrões, necessidades e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994).

A saúde de idosos institucionalizados requer uma grande atenção às suas necessidades multi-dimensionais, incluindo aspetos físicos, psicológicos e sociais, que por sua vez são influenciados pelo ambiente (Breslow, 1972; OMS, 1978; Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

Lai, e col. (2005, cit. por Ferreira, 2009) referem que, as investigações têm revelado que os idosos institucionalizados que revelam níveis mais elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde, são aqueles com mais educação, menos doenças crónicas, bom desempenho físico e mais contacto com os seus cuidadores.

A qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas institucionalizadas, especialmente entre diferentes culturas, é suficientemente importante para justificar a promoção de investigações nesse sentido (Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

Investigações sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde e a sua influência nos idosos poderão promover a compreensão e sugerir meios de promover a sua saúde (Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

### **1.3. A Solidão e Depressão no Idoso**

Neto (2000) refere que apesar de vários autores terem tentado definir o conceito de solidão, não há ainda uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas. Este termo tem um significado intuitivo para a maior parte das pessoas (Neto, 1992), todavia, nas definições atribuídas à solidão, há três aspetos comuns que são partilhados por outras definições presentes na literatura: (1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo e (3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Segundo De Jong Gierveld & Van Tilburg (1995, cit. por Stevens, 2001) a solidão é definida como *“uma situação experienciada por um indivíduo e percebida como uma discrepância desagradável e inaceitável entre a quantidade e qualidade das relações sociais reais e das relações sociais desejadas.”*

De acordo com Capitanini (2000, cit. por Campos, s/d), a solidão inclui experiências de isolamento, tristeza e insatisfação com a vida. Este estado emocional não é causado simplesmente pelo facto de a pessoa estar fisicamente só, mas de sentir que está a ser privada de relacionamentos que gostaria de ter.



Como referido anteriormente, o processo de envelhecimento acarreta alterações na vida quotidiana dos indivíduos, exigindo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento, à diminuição de contactos e relações sociais agradáveis e significativas (Torres e Marques, 2008).

A depressão é uma condição clínica que pode afetar o indivíduo numa dada fase da sua vida, seja como humor transitório ao sentir-se mais abatido ou melancólico seja sob uma forma mais severa, podendo prejudicar seriamente os desempenhos físicos e psicológicos (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Na perspetiva psicopatológica fenomenológica, a depressão consiste num estado de vazio afetivo, de perda de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação, da vontade de viver e está muitas vezes associada a acontecimentos traumáticos da vida diária: acidente, divórcio, luto, viuvez, desemprego, nascimento (Bastos, 2006, cit. por Ascensão, 2011).

O quadro clínico da depressão é relativamente comum entre os idosos, uma vez que são muitas as perdas e as mudanças semelhantes nesta fase das suas vidas. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas como a diminuição do apoio sócio-familiar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade crescente.

#### **1.4. A qualidade de vida do idoso institucionalizado**

O centro gerontológico deve ser humano, mas com qualidade. Com qualidade, mas humano (Belmonte et al, 2006 cit. por Freitas, 2011).

Reflexões sobre a melhor envolvimento habitacional para o idoso levam a concluir que não existem soluções ótimas e universais para os idosos. Uma coisa é certa: são cada vez mais numerosos e dramáticos os pedidos de internamento em Lar. O internamento em Lar é hoje, e cada vez mais, uma necessidade que as famílias dos idosos e responsáveis pelas instituições sentem como ninguém.

O Lar é um novo mundo e, por isso, a instituição que acolhe deve procurar responder às necessidades dos utentes. A entrada de uma pessoa na instituição deve ser preparada para que não haja desequilíbrio físico e afetivo do novo residente e deve procurar-se que a família ajude na integração (Cano et al, 2006, cit. por Freitas, 2011). É um facto que os Lares de Idosos têm o potencial de influenciar a vida dos seus utentes para melhor ou pior em dimensões mais amplas que o estado de saúde. A transferência do domicílio para uma instituição representa sempre um grande desafio para o idoso, pois este depara-se com uma transformação muitas vezes radical do seu estilo de vida e, por vezes, esta decisão pode causar transtornos na pessoa idosa, tanto no âmbito emocional como afetivo. Apesar da imagem negativa generalizada com que são conotados os lares e as residências de idosos, há estudos que mostram que a adaptação ao lar é fácil (Ferigglá, 1992, cit. por Freitas, 2011) e outros que apontam vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados porque facilita a interação social entre os residentes. No entanto, ainda outros estudos



indicam que os residentes em instalações de cuidados de longo prazo nem sempre representam um grupo homogêneo mas antes um grupo heterogêneo diversificado. Kane (1990, cit. por Guse & Masesar, 1999) argumentou que esses grupos heterogêneos são comunidades "acidentais" compostas por indivíduos que variam em termos de interesses, gostos, de fundo cultural, classe social, escolaridade, ocupações anteriores e rendimentos. Além disso, enquanto o prejuízo na cognição e na função física é uma característica comum entre os residentes, o tipo e o grau de incapacidade varia e as oportunidades de escolha e a tomada de decisões independentes tornam-se diminuídas na medida em que as necessidades individuais devem estar de acordo com as necessidades do grupo (Kane, 1991; Thomasma, 1985, cit. por Guse & Masesar, 1999). Tornar-se residente numa unidade de cuidados de longo prazo implica várias alterações no contexto social, incluindo a deslocalização física, mudanças nos relacionamentos familiares e sociais, novos relacionamentos com os outros residentes e funcionários e, não surpreendentemente, uma mudança substancial no controle que o indivíduo tem no novo espaço onde habita. Como referido anteriormente, a incorporação de um idoso num Lar pode trazer consigo disfunções como a despersonalização, a diminuição ou perda de autonomia ou a insegurança.

Face a estas mudanças e desafios, os implicados devem colocar em funcionamento todos os seus recursos para que o processo de adaptação à nova situação se conclua satisfatoriamente e gere benefícios para o idoso, para o meio familiar e social e o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa, independente, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida no processo de institucionalização. Depois de acolhido o utente, a instituição deve: manter a independência da pessoa na realização das atividades quotidianas; ajudar a pessoa a ajudar-se e a encontrar-se com o mundo exterior; as instituições não podem fechar-se sobre si mesmas, mas abrir-se ao exterior, favorecendo a inclusão da vida exterior na instituição; fomentar os contactos com a família e os laços afetivos.

A década de noventa do século vinte foi marcada pela discussão de uma reforma fundamental dos cuidados de saúde em todo o mundo industrializado, concedendo importância ao papel que os utentes têm, participando nas tomadas de decisões relacionadas com o seu cuidado (Chappel, 2001, cit. por Póvoa, 2010), tornando-se a qualidade de vida num ponto focal na pesquisa científica e prática clínica (Gerritsen, Steverink, Ooms, Vet & Ribbe, 2007; Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002, cit. por Póvoa, 2010). Foi nessa década que se começou a enfatizar a importância de avaliar subjetivamente os Lares de Idosos (Logsdon et al., 1999; Lawton, 1996, 1999; Kane, 1999, cit. por Póvoa 2010), ou seja, não avaliar somente a qualidade da prestação dos cuidados aos utentes, mas também a sua qualidade de vida nestes equipamentos (Kane et al., 2005, cit. por Póvoa, 2010), considerando-se que nesta população, até então negligenciada a este nível, é tão importante a avaliação da qualidade de vida como em qualquer outro grupo etário.

A qualidade de vida nos Lares de Idosos é, para Kane (s/d, cit. por Póvoa, 2010), um produto de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde do utente, à situação social (incluindo o suporte familiar fora do Lar), à personalidade, e aos cuidados e ambiente que são oferecidos ao utente pelo Lar (Kane, 2003, cit. por Póvoa, 2010). Daqui é possível verificar que para além de fatores intrínsecos ao utente, também existem outros, extrínsecos, proporcionados pelos equipamentos e que têm forte influência na qualidade de vida dos residentes, pois estes podem permanecer nestes contextos durante um período de tempo bastante considerável, por vezes até ao final das suas vidas, tendo que sujeitar-se a novas regras, como as que a vivência em grupo exige.

Ao contrário dos que recebem cuidados médicos ou de enfermagem noutros serviços, num Lar de Idosos os residentes não são pacientes e os efeitos dos Lares de Idosos sobre a qualidade de vida dos seus residentes são indiscutivelmente tão importantes como as medidas mais tradicionais de qualidade dos cuidados que são mais rotineiros (Kane et al., 2004, cit. por Póvoas, 2010) não podendo, assim, ser descuradas. Enquanto a qualidade do cuidado se prende sobretudo com a satisfação das necessidades básicas, a qualidade de vida reporta às necessidades sentidas pelos residentes, que são membros de uma comunidade, com todas as necessidades, desejos e forças que esta posição implica (Phillips, 2001, cit. por Póvoas, 2010). Por este mesmo motivo torna-se fundamental estudar e promover a qualidade de vida nos equipamentos e avaliar as suas dimensões. Se o Lar afetar a saúde e estado funcional, estes resultados podem, por sua vez, afetar a qualidade de vida dos seus idosos residentes (Kane, 2003, cit. por Póvoa, 2010).

Guse & Masesar (1999) estudaram fatores relacionados com a qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido em cuidados de longa duração, a partir da perspectiva dos residentes. No estudo, identificaram quatro fatores que contribuem para a qualidade de vida dos residentes: interação com a família e amigos, as qualidades pessoais, possibilidade de desfrutar da natureza e o sentimento de se ser útil aos outros.

Num estudo com idosos institucionalizados, a família e os seus cuidadores, Bowker (1992, cit. por Robichaud, Durand, Bédard & Ouellet, 2006) identificou as características interpessoais e ambientais que descrevem o melhor lugar substituto para se viver nesta fase. Enquanto os idosos expressaram preocupações relacionadas com os outros idosos, a família manifestou preocupação sobretudo com os cuidadores. De acordo com os idosos, o ambiente humano deveria dar-lhes a oportunidade de viverem momentos agradáveis, tomar conta dos outros, sentirem-se parte de um grupo, serem respeitados, admirar os outros e conversar. As famílias manifestaram a disponibilidade dos cuidadores, a sua boa vontade, prestabilidade, trato carinhoso, competência, compreensão e respeito (Robichaud, Durand, Bédard & Ouellet, 2006).

Sabe-se, ainda, que a presença do idoso em atividades em grupo, contribui satisfatoriamente para melhorar a autoestima e a autonomia. Cabe aos coordenadores das instituições desenvolverem estratégias estimuladoras para as relações sociais como atividades culturais,

lazer, atividade física entre os idosos institucionalizados, pois, certamente se não forem estimulados poderão ter uma percepção de qualidade de vida reduzida.

A qualidade de vida dos idosos não depende apenas do passado, mesmo que este tenha sido muito satisfatório. Depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado (Moniz, 2003, cit. por Póvoa, 2010). Estes aspetos estão sobretudo dependentes do que as respostas sociais e outras medidas tomadas por entidades superiores podem fazer por esta população, tendo como objetivo impreterível a qualidade de vida dos seus residentes. Assim, um desafio constante é, para além de conseguir uma boa qualidade nos cuidados e bons resultados ao nível da saúde física e mental, o cuidado de longa duração poder também preservar e promover a qualidade de vida dos seus residentes (Kane et al., 2003, cit. por Póvoa, 2010), tornando o espaço num local agradável, sem carga negativa, não só para os utentes, mas igualmente para a equipa de trabalho, familiares e amigos.

Por muitos aspetos que mudem na vida de quem envelhece, manter a identidade torna-se num desafio assim como o seu desenvolvimento pessoal. O desejo mais forte de um residente é o de preservar a melhor qualidade de vida e de se sentir em casa.

### **1.5. O cuidador**

Segundo a OMS, *“à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua habilidade de manter a autonomia e independência.”*

O tema sobre a qualidade do relacionamento da díade fornecedor/recetor de cuidados insere-se no campo tradicional de pesquisa em gerontologia. Ser cuidador exige tempo, espaço, energia, recursos financeiros, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. Além disso, as graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório. A capacidade do cuidador é amplamente abordada na atualidade e não se pode desconsiderar o seu mérito. Porém, o simples suporte para o desempenho prático desta função nem sempre garante o bem-estar (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, 2008). Um dos índices destacados pela pesquisa sobre a díade cuidador /idoso é a congruência de opiniões de cada um dos sujeitos – do cuidador e do idoso – sobre as mesmas questões. A congruência de opinião da díade tem sido associada a um relacionamento mais próximo e afetivo (Chappell & Kuehne, 1998; Long, Sudha & Mutran, 1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006). Zweibel e Lydens (1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), acreditam que uma relação harmoniosa entre a díade pode ser prevista, em menor grau, pelas percepções individuais dos idosos ou dos cuidadores sobre a relação. Estudos que exploraram a congruência de opiniões do idoso e do cuidador sobre o estado geral dos idosos são discordantes (Carter & Carter, 1994; Chappell & Kuehne, 1998; Long et al., 1998; MacKenzie, Robiner, & Knopmen, 1989; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Teri & Wagner, 1991; Wetle, Levkoff, Cwikel & Rosen, 1988; Zweibel & Lydens, 1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006). Especula-se que algum grau de discordância possa



estar relacionado às condições do cuidador. Segundo Pruchno, Burant & Peters (1997, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), os cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso, que seria visto como um indivíduo mais debilitado do que o que é na realidade. No estudo de Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck (2006), em que o objetivo foi investigar a relação entre a percepção de qualidade de vida do idoso por ele percebida e pelo seu cuidador, os dados mostram uma tendência, em todos os domínios e na medida de qualidade de vida geral, de o cuidador perceber a qualidade de vida do idoso de um modo pior do que o mesmo a percebe. No entanto, a relação entre a avaliação do idoso e a do seu cuidador bem como o seu significado são temas ainda controversos na literatura. Segundo Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck (2006), a tendência de piores avaliações por parte do cuidador, se confirmada por novos estudos, pode sugerir duas alternativas não necessariamente exclusivas: os idosos minimizam e procuram contemporizar seu próprio estado, tornando a narrativa dos seus sofrimentos mais leves; e os cuidadores veem com maior fragilidade a situação dos idosos, lamentando o estado em que se encontram, por vezes de uma forma exagerada. Outros estudos, como os de Bookwala e Schulz (1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), Kristjanson et al. (1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006) e Zweibel e Lydens (1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006) encontraram, da mesma maneira, uma tendência do cuidador para exagerar o prejuízo ou a disfunção do recebedor de cuidados.

## **Objetivos do estudo**

### **Objetivos Gerais**

Face ao aumento de idosos na população, os estudos neste âmbito têm sido intensificados (Cabral, 2007; cit. por Ferreira, 2009). A literatura nesta área, especificamente sobre o idoso institucionalizado, sugere-nos que a saúde destes idosos requer uma grande atenção às suas necessidades multidimensionais. Para tal, parece ser essencial explorar a percepção do idoso, bem como a do seu cuidador, relativamente à sua qualidade de vida, nas suas diferentes dimensões, de modo a perceber as suas necessidades e desenvolver e implementar estratégias e programas nestes contextos e assim promover uma qualidade de vida ao ser que envelhece.

### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar a percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão do idoso segundo a sua perspetiva.

2. Avaliar a percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão do idoso segundo a perspectiva do seu cuidador.
3. Explorar se o contexto de vida em que o idoso se insere (Lar, Centro de Dia e Domicílio) influencia a sua percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão.
4. Perceber até que ponto a perspectiva do idoso difere da perspectiva do seu cuidador quanto à qualidade de vida, solidão e depressão.
5. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida, solidão e depressão.

### **Plano Metodológico**

#### **Participantes**

Pretende-se que participem neste estudo indivíduos, de ambos os sexos, com mais de 60 anos:

- Idosos institucionalizados (idosos a residir no Lar)
- Idosos não institucionalizados (idosos que frequentam o Centro de dia e idosos que residam em domicílio próprio ou de familiares mas que não frequentam atividades recreativas).

Por outro lado, será também pedido aos seus cuidadores (formais/informais) que colaborem na investigação.

#### **Instrumentos de avaliação/caracterização**

Primeiramente será preenchida uma ficha de caracterização sócio demográfica.

De seguida será pedido ao participante para responder a um instrumento que constitui uma medida multi-dimensional da sua qualidade de vida.

Será também pedido para responder a um instrumento que avalia o grau de solidão e de depressão geriátrica. Os instrumentos aplicados ao idoso serão também aplicados ao seu cuidador (pretendendo-se que este responda tendo como objeto de avaliação a(s) pessoa(s) a quem presta cuidados) de modo a que, posteriormente, se possa fazer uma análise que compare as diferentes perspetivas.

#### **Procedimento**

Os participantes começarão por assinar um protocolo de consentimento informado, depois de terem tido o devido conhecimento dos objetivos do estudo e das condições de participação. De seguida, será preenchida uma ficha de caracterização sócio demográfica e aplicar-se-ão os respetivos instrumentos de avaliação ao idoso. Ao cuidador, pretende-se aplicar os mesmos instrumentos.

### **Referências Bibliográficas**

- Bortolanza, M., Krah, S. & Biasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Rev. Psicopedagogia*, 22 (68): 162-70.
- Cabral, L. P. (2007). O Bem-estar psicológico e o conceito de Si na velhice. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Carneiro, R. & Falcone, E. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 1, p. 119-126.
- Ferreira, A. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontology*, 2 (1): 32-37.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, saúde & doenças*, 7 (1), 137-143.
- Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 23 (3), 327-332.
- Martins, R & Santos, A. (s/d). Ser idoso hoje.
- Matos, M., Branco, J., Carvalhosa, S., Silva, M. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Rev. bras. ter. cogn.* Vol 1, n.2.

- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV): 543-557.
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, vol. 122, 679-689.
- Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado).
- Torres, M. & Marques, E. (2008). VI Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: saberes e práticas*.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Rev Bras Epidemiol*, 8 (3): 246-52.
- Veras, R. & Caldas, C. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (2): 423 432.

## **ANEXO B**

---

### **Protocolo de Consentimento Informado dos Idosos**





Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Cosíko \_\_\_\_\_

**Protocolo de consentimento informado do idoso**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de \_\_\_\_\_ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

**Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:**

1. Avaliar a perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.
2. Explorar se o contexto de vida em que o idoso se insere (viver no Lar; frequentar o Centro de Dia; e residir no Domicílio) influencia a sua perceção de qualidade de vida.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.

**Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:**

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha qualidade de vida e a minha capacidade de realização de atividades diárias.

**Outras observações:**

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo eu desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO C**

---

### **Protocolo de Consentimento Informado dos Cuidadores Informais**



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

60160 \_\_\_\_\_

### **Protocolo de consentimento informado do cuidador**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de \_\_\_\_\_ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

### **Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:**

1. Avaliar a perceção do cuidador sobre a qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidados e sobre a sua própria qualidade de vida.
2. Avaliar a sobrecarga a que o cuidador está submetido devido à prestação de cuidados e avaliar as estratégias de confronto (lidar com as situações com que é confrontado) que utiliza habitualmente.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na perceção da sua qualidade de vida, da sobrecarga sentida, nas estratégias de confronto a que recorre e na perceção da qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidado.

### **Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:**

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da qualidade de vida dos idosos a quem presto cuidados, acerca da perceção da minha qualidade de vida, da sobrecarga sentida e das estratégias de confronto a que recorro.

**Outras observações:**

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO D**

---

### **Questionário Sociodemográfico dos Idosos**

CÓDIGO \_\_\_\_\_

**FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA**  
(IDOSO/DOENTE)

**Identificação**

**Sexo:** M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ **Ano de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Solteiro(a)\_\_\_\_ Casado(a)\_\_\_\_ União de facto\_\_\_\_ Separado(a)\_\_\_\_

Divorciado(a)\_\_\_\_ Viúvo (a)\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Saúde Física e Mental**

**Autonomia e Orientação**

**Visão:** Vê bem\_\_\_\_ Vê bem c/óculos\_\_\_\_ Vê mal mesmo com óculos\_\_\_\_

Não vê bem\_\_\_\_

**Audição:** Ouve bem\_\_\_\_ Ouve bem c/aparelho\_\_\_\_ Ouve mal mesmo c/aparelho\_\_\_\_

Ouve mal\_\_\_\_

**Doenças**

Tem alguma doença diagnosticada? Não\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_

Qual(ais): \_\_\_\_\_

Faz algum tratamento regular (e.g. fisioterapia)? Não\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_

Qual(ais): \_\_\_\_\_

Toma remédios regularmente? Não\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_

Qual(ais): \_\_\_\_\_

**Doenças Psiquiátricas**

Já foi a alguma consulta de Psiquiatria/Neurologia? Não\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_

Tem alguma doença psiquiátrica/neurológica diagnosticada: Não\_\_\_\_

Sim\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

Tem sido acompanhado(a) pelo médico regularmente? Não\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_

Desde que idade é que tem sido acompanhado(a) regularmente pelo médico?

\_\_\_\_\_

No último ano, quantas vezes consultou o médico?

### **Situação face à vida activa**

Atualmente, encontra-se:

**Na vida activa:** Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**Reformado(a):** \_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

Com que idade é que deixou de ser trabalhador ativo(a)? \_\_\_\_\_

### **Agregado Familiar**

**Vive:** Só \_\_\_ Acompanhado (a) \_\_\_

**Vive com:** \_\_\_\_\_

**Vive em:** Casa(própria/alugada) \_\_\_ Instituição \_\_\_ Casa de familiares/amigos \_\_\_

**Se tivesse possibilidade, mudaria de casa?** Não \_\_\_ Sim \_\_\_ se sim, por razões de:

Segurança \_\_\_ Conforto \_\_\_ Degradação da habitação \_\_\_

Outra razão \_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

### **O rendimento actual:**

Permite viver confortavelmente \_\_\_ Dá para viver \_\_\_

Viver com o rendimento actual é difícil \_\_\_ É muito difícil \_\_\_

### **Acontecimentos de Vida Críticos**

**No último ano, viveu algum destes acontecimentos:**

Morte de familiar \_\_\_ Amigo \_\_\_

Separação/Divórcio do próprio \_\_\_ Filhos ou netos \_\_\_

Casamento do próprio \_\_\_ Filhos ou netos \_\_\_



Saída de filhos de casa \_\_\_\_ Nascimento de netos \_\_\_\_  
Mudança de residência \_\_\_\_ Doença grave do próprio \_\_\_\_ De familiar \_\_\_\_  
Acidente(viação/doméstico/profissional) \_\_\_\_  
Desemprego \_\_\_\_  
Outro acontecimento significativo (positivo ou negativo):  
\_\_\_\_\_

### **Religião**

Tem crenças religiosas? Não \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_

Tem práticas religiosas?

Não \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ : Públicas (ex: missa) \_\_\_\_ Privadas (ex: terço) \_\_\_\_

### **Ocupação de Tempos Livres**

**Fora de casa – no último ano:**

Fez exercício regular \_\_\_\_ Fez viagens/Excursões/Turismo sénior \_\_\_\_

Foi a espetáculos (teatro/cinema) \_\_\_\_

Frequentou Associações/Clubes para a terceira idade \_\_\_\_

Frequentou centro de convívio \_\_\_\_ Ou Centro de dia \_\_\_\_

**Em casa – no último ano:**

Viu TV \_\_\_\_ Ouviu rádio \_\_\_\_ Ou música \_\_\_\_

Leu livros \_\_\_\_ Jornais/Revistas \_\_\_\_

Trabalhos manuais \_\_\_\_ Tarefas domésticas \_\_\_\_

Cuidou de netos \_\_\_\_

Outra ocupação \_\_\_\_

### **Caracterização Psico-Social**

**Com que frequência costuma sair de casa?**

Todos os dias \_\_\_\_ Algumas vezes por semana \_\_\_\_

Algumas vezes por mês \_\_\_\_ Raramente \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

**Mantém relações de convívio com amigos ou vizinhos?**

Sim, regularmente \_\_\_\_ Raramente \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

## **ANEXO E**

---

### **Questionário Sociodemográfico dos Cuidadores**

#### **Informais**

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Estado civil:**

Casado(a) / Em união de facto ☐  
Viúvo(a) ☐

Divorciado(a) / Separado(a) ☐  
Solteiro(a) ☐

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐  
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐  
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐  
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐  
Ensino secundário (12.º ano) ☐  
Curso médio ☐  
Ensino superior ☐

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ☐  
Empregado(a) a tempo parcial ☐  
Reformado(a) / pensionista ☐  
Desempregado(a) ☐  
Estudante a tempo inteiro ☐  
Doméstica ☐  
Outra ☐

Qual? \_\_\_\_\_

6. Qual a sua **profissão** (atual ou a última)? \_\_\_\_\_

7. Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a) ☐  
Filho(a) ☐  
Irmão (ã) ☐  
Nora/genro ☐  
Outro membro da família ☐  
Nenhum ☐

8. Tem algum filho a cargo?

Não ☐  
Sim ☐ Quantos? \_\_\_\_\_

9. Qual a **distância física** entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Vivem na mesma casa                     | <input type="checkbox"/> | Vivem no mesmo bairro/rua                 | <input type="checkbox"/> |
| Vivem na mesma terra (a menos de 10 km) | <input type="checkbox"/> | Vivem em terras próximas (menos de 30 km) | <input type="checkbox"/> |
| Vivem a mais de 30 km de distância      | <input type="checkbox"/> | Outra situação                            | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | Qual?                                     |                          |

10. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

- |                       |                          |                  |                          |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Entre 6 meses e 1 ano | <input type="checkbox"/> | Entre 1 a 2 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre 3 a 5 anos      | <input type="checkbox"/> | Mais de 5 anos   | <input type="checkbox"/> |
|                       |                          | Quantos? _____   |                          |

11. Que **tipo de apoio/cuidados** presta frequentemente ao seu familiar?

(pode assinalar mais do que uma opção)

Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	
Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	
Efetuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	
Tomar os medicamentos	
Gerir o dinheiro	
Utilizar o telefone	
Ir às compras	
Tratar de assuntos burocráticos	
Acompanhamento a consultas médicas	
Transporte do familiar	
Passear/atividades de lazer	
Apoio emocional	
Apoio financeiro	
Supervisão regular (“olhar pelo idoso” e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)	
Outras _____	

12. Em média, **quantas horas por semana** ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

- |               |                          |  |                          |
|---------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 0 a 8 horas   | <input type="checkbox"/> | 9 a 20 horas                               | <input type="checkbox"/> |
| 21 a 40 horas | <input type="checkbox"/> | Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes) | <input type="checkbox"/> |

13. **Mais alguém** (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados?

Não ☐

Sim ☐

14. Tem que **pagar** por essa colaboração?

Não ☐

Sim ☐

Se Sim, especifique em que situações \_\_\_\_\_

15. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ☐

Sim ☐

Quantos? \_\_\_\_\_

## **ANEXO F**

---

### **Instrumentos Utilizados no Estudo**

## Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination* – MMSE)

CÓDIGO \_\_\_\_\_

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_24\_21\_18\_15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_



c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

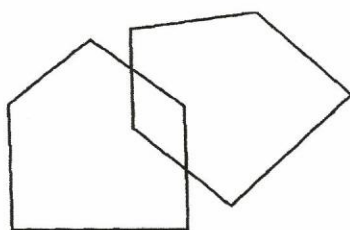
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**TOTAL (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_**

## Índice de Barthel (*Barthel Index* – IB)

CÓDIGO \_\_\_\_\_

### BARTHEL ADL Índex

#### Atividades

##### Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

---

##### Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)

---

##### Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Continente (por mais de 7 dias)

---

##### Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

---

##### Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

---

##### Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

**Mobilidade (deambulação)**

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

---

**Vestir-se**

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

---

**Escadas**

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.:  
muletas ou bengala)

---

**Banho**

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o  
corpo sem ajuda)

---

**Total (0 - 100)**

**Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Breve (*World Health Organization Quality of Life – Bref – WHOQOL-Bref*)**

Este instrumento não pode ser reproduzido por se encontrar sujeito a direitos de autor.

**Questionário do Estado de Saúde (*Medical Outcomes Study Short Form* – SF-36,  
v.2)**

Este instrumento não pode ser reproduzido por se encontrar sujeito a direitos de autor.